



ASSURANCE MUTUELLE SANTE

Conditions Générales valant notice d'information

Assurance Mutuelle Santé est composée d'un contrat d'assurance de groupe à adhésions individuelles et facultatives sous le n° CSCGMJMS02.17. Ils sont conclus entre L'Association GAMEST, dénommé le souscripteur, et la MALJ (Mutuelle Alsace Lorraine Jura), Société d'Assurance Mutuelle régie par le code des assurances, dénommée l'assureur dont le siège est situé :

6 boulevard de l'Europe- BP 3169 - 68063 MULHOUSE CEDEX

Le contrat a pris effet le 1^{er} novembre 2016 et se renouvelle par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation de l'une ou de l'autre des parties trois mois au moins avant l'échéance du contrat. Dans ce cas, les adhérents seront informés par l'Association GAMEST au moins deux mois avant la date de résiliation.

Assurance Mutuelle Santé est ouverte aux adhérents de l'Association GAMEST, dénommés adhérents après adhésion à la présente convention d'assurance.

L'adhésion à Assurance Mutuelle Santé s'effectue aux conditions et tarifs en vigueur à la date de sa prise d'effet, sous réserve des modifications postérieures qui seront notifiées aux adhérents conformément à l'article L 141-4 du Code des Assurances.

La gestion des contrats Assurance Mutuelle Santé ainsi que son adaptation aux évolutions sociales et techniques sont réalisées paritairement par les représentants de L'Association GAMEST et ceux de la MALJ conformément à l'article L 141-6 du Code des Assurances.

Assurance Mutuelle Santé est formée :

- des présentes Conditions Générales d'assurance qui vous sont remises à l'adhésion. Elles définissent vos garanties et les exclusions ainsi que les droits et obligations de chaque partie.
- du Certificat d'adhésion qui vous est adressé pour vous confirmer l'application de vos garanties. Il reprend les garanties que vous aurez choisies sur la demande d'adhésion ainsi que le montant des cotisations correspondantes.

L'adhésion est ouverte aux personnes âgées de moins de 65 ans au 31 décembre de l'année de souscription et a pour objet de garantir le remboursement de vos frais médicaux et chirurgicaux. Afin de faciliter la compréhension des garanties de votre contrat, les mots suivants font l'objet d'une définition à laquelle vous voudrez bien vous reporter :

DEFINITIONS

accident : toute atteinte corporelle non intentionnelle, provenant d'un événement soudain, imprévisible, irrésistible et extérieur à la victime.

Ne sont pas considérés comme des accidents, les crises d'épilepsie, de delirium tremens, la rupture d'anévrisme, l'infarctus du myocarde, l'embolie cérébrale et l'hémorragie méningée.

adhérent/assuré : le souscripteur de l'adhésion ou toute personne désignée au Certificat d'adhésion et sur la tête de qui repose l'assurance.

Pour être garanti, l'assuré doit avoir sa résidence principale sur le territoire français.

année d'assurance : la période comprise entre deux échéances principales. Toutefois si la date de prise d'effet est distincte de l'échéance principale, la première année d'assurance est la période comprise entre cette date et la prochaine échéance principale. Par ailleurs si l'assurance prend fin entre deux échéances principales, la dernière année d'assurance est la période comprise entre la date d'échéance principale et la date de résiliation ou de radiation de l'assuré.

assureur : la société d'Assurance Mutuelle citée en entête de cette page.

auxiliaires médicaux : il s'agit de professionnels de santé paramédicaux dont les actes peuvent être remboursés par l'assurance maladie obligatoire, tels les infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues.

base de remboursement : tarifs servant de base aux remboursements par le régime obligatoire d'assurance maladie :

- TA : Tarif d'Autorité : les actes effectués par un professionnel de santé non conventionné par l'assurance maladie obligatoire.
- TC : Tarif de Convention : les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné par l'assurance maladie obligatoire,
- TR : Tarif de Responsabilité : tarif utilisé par l'assurance maladie obligatoire pour les médicaments, appareillages.

bénéficiaire : personne bénéficiaire des garanties du présent contrat et désignée comme telle au Certificat d'adhésion. Le bénéficiaire doit être affilié à une assurance maladie obligatoire française.

échéance annuelle : la date indiquée sous ce titre au Certificat d'adhésion ; elle détermine le point de départ d'une année d'assurance. Elle correspond à la date à laquelle :

- la cotisation annuelle est exigible
- le contrat peut être normalement résilié moyennant le préavis indiqué.

hospitalisation : tout séjour dans un établissement hospitalier de soins public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou de lésions résultant d'un accident et dont la durée minimum comprend une nuit complète. L'hospitalisation à domicile et l'hospitalisation de jour sont assimilées aux soins médicaux courants.

maladie : toute altération de la santé, constatée par une autorité médicale compétente.

nous : la société d'Assurance Mutuelle citée en entête de cette page.

OPTAM : option pratique tarifaire maîtrisée

OPTAM CO : option pratique tarifaire maîtrisée applicable aux spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique.

prescription : délai au-delà duquel aucune action ne peut plus être intentée.

sinistre : accident ou maladie, fait générateur de la garantie.

souscripteur : l'Association GAMEST, régie par la loi du 1^{er} août 2003, 6 boulevard de l'Europe – 68100 Mulhouse.

subrogation : substitution de l'assureur dans les droits et actions de l'assuré ou du

bénéficiaire du contrat à l'encontre de tout tiers.

L'assureur ne peut recourir contre les enfants, descendants, ascendants, alliés en ligne directe, préposés, employés, ouvriers ou domestiques, et généralement toute personne vivant habituellement au foyer de l'assuré, sauf le cas de malveillance commise par une de ces personnes.

La subrogation est limitée au montant des indemnités versées.

VOS GARANTIES

1. objet de la garantie

L'adhésion est ouverte aux personnes âgées de moins de 65 ans au 31 décembre de l'année de souscription.

L'adhésion a pour objet le remboursement de vos frais de santé engagés par les bénéficiaires assurés dans la limite des frais réellement engagés et des garanties souscrites et reprises au Certificat d'adhésion.

Pour être remboursés, les soins devront être dispensés entre la date d'effet des garanties et la date de résiliation de l'adhésion.

Le contrat répond à la réglementation en vigueur relative à la définition des contrats dits « solidaires et responsables » (article L871-1 du code de la Sécurité sociale et l'ensemble des décrets d'application)

Nos garanties respectent des règles relatives au parcours de soins du médecin traitant et excluent par conséquent les majorations du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires liées au non respect du parcours de soins. De même, ne sont pas garanties la participation forfaitaire et la franchise appliquées par l'assurance maladie.

Dans le respect de ladite réglementation, les garanties pourront être modifiées pour répondre aux obligations des contrats « responsables ».

2. définitions des garanties

L'adhésion prévoit le remboursement des frais médicaux après prise en charge et remboursement par l'assurance maladie selon le Tableau des garanties figurant en page 3 des présentes Conditions Générales :

- les frais de consultation, de visites d'analyses et de radiologie de médecins généralistes et spécialistes, adhérent ou non au contrat d'accès aux soins,
- les soins médicaux courants,
- les auxiliaires médicaux,
- les soins dentaires, de prothèses dentaires, d'implantologie et d'orthodontie,
- les frais d'optique selon décret du 18.11.2014 sur les contrats responsables,
- les prothèses non dentaires et appareillages,
- les actes chirurgicaux,
- les hospitalisations en secteur conventionné et le forfait journalier,
- les frais de transport,
- les actes de prévention prescrits et tels que prévus par les articles L871-1 et L871-2 du code de la Sécurité sociale.

L'adhésion prévoit également le remboursement de certaines dépenses de santé, non prises en charge par l'assurance maladie dans la limite du plafond repris au Tableau des garanties figurant en page 3 des présentes Conditions Générales :

- la chambre particulière en cas d'hospitalisation supérieure à 24 heures,
- la prime de naissance réservée à nos assurées,
- les actes de médecines douces dispensés par un professionnel habilité et diplômé en France pour l'ostéopathie, l'homéopathie, la chiropractie, l'acupuncture, la microkynésithérapie, l'étiopathie et la diététique,,
- le forfait dentaire pour les prothèses dentaires pris en charge par l'assurance maladie et pour les actes d'implantologie remboursés ou non par l'assurance maladie,

- le forfait optique en remboursement des verres et montures prescrits et pris en charge par l'assurance maladie

Le versement du forfait optique (hors lentilles refusées par l'assurance maladie) est subordonné au remboursement préalable de l'assurance maladie et est limité à un équipement (2 verres et 1 monture) par période de 2 ans par bénéficiaire, sauf pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement optique justifié par une évolution de la vue où dans ce cas le forfait pourra être versé une fois par an. Les montants repris dans le Tableau de garanties incluent le ticket modérateur.

Un équipement simple est composé de verres simples dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est \leq à + 4,00 dioptries.

Un équipement complexe peut être composé d'un verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est \leq à + 4,00 dioptries et d'un verre unifocal, multifocal ou progressif dont la sphère est $>$ à -6 et +6,00 ou dont le cylindre est $>$ 4 dioptrie.

Un équipement complexe peut également être composé de deux verres unifocaux, multifocaux ou progressifs dont la sphère est $>$ à -6 et +6,00 ou dont le cylindre est $>$ 4.

Un équipement très complexe est composé d'au moins un verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec une sphère hors zone de -8 à +8 ou sphérique hors zone de -4 à + 4 dioptries.

Des Forfaits Plus sont prévus au titre des garanties forfait optique et des garanties de prothèses dentaires, d'orthodontie et d'implantologie. Ces forfaits Plus constituent des forfaits supplémentaires acquis au bénéficiaire après 3 années d'adhésion révolues.

Les autres forfaits peuvent être versés une fois par année civile et par bénéficiaire. Les délais courent à compter de l'acquisition de l'équipement objet du forfait concerné.

3. étendue territoriale de la garantie

Les garanties s'exercent en France et dans le monde entier, pour autant que l'assurance maladie française prenne ces soins en charge.

4. loi Madelin

Si l'assuré exerce une profession indépendante (profession libérale, artisan, commerçant, dirigeant d'entreprise), il peut souscrire ce contrat dans le cadre de la Loi Madelin du 11 février 1994. La souscription de son contrat entraîne dès lors son adhésion à une association de travailleurs non salariés mentionnée aux Conditions Particulières, son contrat revêtant la forme d'un contrat groupe. L'assuré devra attester qu'il est à jour du versement de ses cotisations aux régimes d'assurances obligatoires ou au régime de la Sécurité Sociale, lors de la souscription et à chaque échéance anniversaire de la souscription (art. L652-4 du code de la Sécurité Sociale).

5. les risques exclus ou limités

Exclusions : le remboursement des dépenses de santé ne sera pas effectué lorsque la maladie ou l'accident, les suites et conséquences, résultent :

- de prestations non indiquées dans cette notice,
- de dossiers présentés plus de deux ans après la date des soins,
- d'actes médicaux prescrits postérieurement à la date de cessation de la garantie, les dates des soins sur le décompte de l'Assurance Maladie faisant foi,
- de séjours en établissements hospitaliers ne dépendant pas de l'article L 174 – 4 du Code de la Sécurité Sociale,
- de tous les actes non pris en charge par l'Assurance Maladie,

Les soins, consultations et hospitalisations consécutives à des affections mentales, psychiques ou psychiatriques sont limitées à un remboursement de 100 % du ticket modérateur.

6. le règlement des sinistres

Des accords ont été signés avec une majorité de caisses d'assurance maladie permettant un service de télétransmissions des données. Ce service vous dispense de nous adresser vos décomptes de soins émis par l'assurance maladie car ils nous auront été communiqués par liaisons informatiques.

Vous pouvez renoncer à ce service d'échange de données informatiques en en faisant la demande par écrit, conformément à la loi Informatiques et Libertés.

Lors de l'adhésion, l'adhérent assuré se voit également remettre une carte de Tiers Payant permettant la dispense d'avance de frais auprès de certains professionnels de santé.

Cependant lorsque le bénéficiaire assuré ne bénéficie pas de ces services de télétransmission ou de tiers payant, il devra nous produire pour être remboursé :

- les décomptes de soins originaux émis par l'assurance maladie obligatoire,
- les notes, ordonnances ou factures acquittées.

Dans tous les cas, le remboursement de l'assureur sera effectué en euros.

L'assureur se réserve le droit de réclamer tout justificatif lui permettant d'établir la réalité des frais engagés ; à défaut de ne pouvoir les obtenir, l'assuré s'expose à la déchéance de ses garanties.

L'assuré est tenu de fournir toutes les pièces complémentaires qui lui seraient demandées pour la bonne constitution du dossier de règlement.

Contrôle de l'assuré : lors de l'ouverture du service des prestations ou pour assurer leur continuation éventuelle, l'assuré peut être soumis à des visites médicales, contrôles ou enquêtes de notre part (par exemple vérifier que l'assuré n'a pas repris son travail alors qu'il perçoit des indemnités journalières). Son médecin pourra l'assister.

Il s'agit uniquement de vérifier que l'assuré remplit les conditions requises pour bénéficier des prestations qui vont lui être versées ou qui lui ont déjà été versées. Il est de son intérêt d'accepter ces contrôles car en cas de refus de sa part de s'y soumettre, les prestations ne seraient pas versées. Toutefois, si l'assuré apporte la preuve que c'est en raison d'un cas fortuit ou de force majeure que le contrôle n'a pu être exercé, il ne sera pas pénalisé et les prestations seront maintenues.

Expertise médicale : nous nous réservons le droit de faire examiner l'assuré par un médecin de notre choix.

L'assuré est tenu de se soumettre à l'expertise médicale, diligentée par l'assureur à ses frais. L'assuré peut se faire assister par le médecin de son choix, les frais et honoraires restant alors à sa charge. Le paiement des prestations sera suspendu jusqu'à ce que le médecin ait rendu son rapport.

FORMATION ET VIE DU CONTRAT

7. date d'effet de l'assurance

L'adhésion est établie d'après les déclarations du souscripteur ou de l'assuré et la cotisation est fixée en conséquence.

La prise d'effet des garanties est subordonnée à l'acceptation du dossier et à notre confirmation. Elle est fixée au plus tôt le lendemain midi du paiement de la première cotisation et figure au Certificat d'adhésion. Il en va de même pour toute modification.

– **A l'adhésion :** l'adhérent et les bénéficiaires assurés doivent, de bonne foi, déclarer toutes les circonstances connues qui sont de nature à faire apprécier à l'assureur les risques qu'il prend à sa charge et répondre exactement aux questions posées dans le formulaire de proposition.

– **En cours d'adhésion :** l'adhérent ou à défaut le(s) bénéficiaire(s) assuré(s) doit par lettre recommandée déclarer, dans les 15 jours à partir du moment où il en a eu connaissance, les circonstances nouvelles qui ont eu pour conséquence d'aggraver les risques et qui rendent inexacts ou caduques les réponses faites à l'assureur dans le formulaire de proposition, à l'exception de celles relatives à son état de santé.

8. délai d'attente

Les garanties sont accordées sans délai d'attente pour les formules Eco, Nature et Confort. Pour les autres formules, un délai d'attente est appliqué à compter de la date d'affiliation du bénéficiaire assuré, pour les frais de soins suivants :

- 6 mois en cas d'hospitalisation par maladie et pour l'optique,
- 9 mois pour les prothèses dentaires, l'orthodontie, l'implantologie et les frais de maternité.
- 12 mois pour la psychiatrie.

Pendant ce délai d'attente les prestations seront remboursées sur la base de la formule Confort.

Cependant, le délai d'attente pourra être abrogé en cas d'accident ou lorsque le bénéficiaire assuré peut justifier qu'il bénéficiait 3 mois avant son adhésion à notre contrat de garanties équivalentes ou supérieures auprès d'un autre assureur,

9. durée de l'adhésion

L'adhésion est conclue pour une durée d'un an et est renouvelable par tacite reconduction à chaque échéance principale indiquée au certificat d'adhésion, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties, moyennant préavis de deux mois.

10. le paiement des cotisations

La cotisation est payable à la date d'échéance fixée au certificat d'adhésion au siège social de l'assureur ou au domicile de son représentant désigné à cet effet.

En cas d'utilisation du prélèvement SEPA pour le paiement de la cotisation, y compris frais et taxes, nous nous accordons, vous et nous, sur une pré-notification d'au moins 2 jours avant la date du premier prélèvement effectué.

A défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de cotisation, dans les dix jours de son échéance, l'assureur, indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution de l'adhésion en justice peut, par simple lettre recommandée adressée à l'adhérent, à son dernier domicile connu, suspendre la garantie trente jours après l'envoi de cette lettre.

Au cas où la cotisation annuelle aurait été fractionnée, la suspension de garantie intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

L'assureur a le droit de résilier l'adhésion dix jours après le délai de trente jours mentionné au troisième alinéa du présent article.

L'adhésion non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, le lendemain à midi du jour où a été payée à l'assureur ou au mandataire désigné par lui, la cotisation arriérée ou en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi qu'éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

11. révision de la cotisation

La cotisation est fonction de l'âge à l'adhésion, du niveau de garanties choisi et des résultats des groupes assurés par la présente convention. A chaque échéance principale, jusqu'à l'âge de 65 ans, les taux de cotisations évoluent contractuellement de 3 % par an. Au-delà de ces taux, elle évolue en fonction des résultats enregistrés par le contrat dans ses différents groupes, et des modifications de remboursement des régimes obligatoires.

La cotisation peut également évoluer en cas de modifications législatives ou réglementaires. En dehors de ces cas, si l'assureur vient à modifier les tarifs applicables aux risques garantis par la présente adhésion, la cotisation est modifiée dans la même proportion à l'échéance principale qui suit cette modification.

En cas de majoration de la cotisation, le souscripteur a la possibilité de résilier le contrat dans les 15 jours suivant celui où il a eu connaissance de la majoration.

Cette résiliation prendra effet un mois après la notification faite à l'assureur par lettre recommandée (le cachet de la poste faisant foi) et le souscripteur sera alors redevable d'une fraction de cotisation calculée sur la base de la cotisation précédente au prorata du temps écoulé entre la date de la dernière échéance et la date d'effet de la résiliation.

12. sanctions

Toute réticence, fausse déclaration, production d'informations erronées faites intentionnellement entraînent la nullité du contrat, quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue notre opinion. Les cotisations payées nous demeurent acquises et nous avons droit au paiement de toutes cotisations échues à titre de dommages intérêts (art. L113-8 du code des assurances).

Lorsque la réticence ou la fausse déclaration ne revêt pas un caractère intentionnel, l'assureur peut, dans les termes de l'article L113-9 du code des assurances :

- soit résilier le contrat,
- soit proposer un nouveau montant de cotisation adapté au risque réel et, si le souscripteur ou l'assuré n'accepte pas la nouvelle cotisation ou ne répond pas dans un délai d'un mois, résilier le contrat dans un délai d'un mois, moyennant un préavis de 10 jours,
- lorsque l'inexactitude est constatée après sinistre, réduire les indemnités dues au titre de celui-ci dans la proportion de la cotisation payée par rapport à celle qui aurait dû l'être si le risque avait été correctement déclaré.

13. résiliation de l'adhésion

L'adhésion peut être résiliée avant sa date d'expiration normale dans les cas et les conditions suivants :

➤ par l'adhérent et l'assureur :

en cas de changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession, de retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité du souscripteur lorsque le changement rend l'objet de la garantie inapproprié à la nouvelle situation.

➤ par l'adhérent :

- à chaque échéance annuelle, en respectant un préavis de 2 mois,
- en cas de modification du tarif d'assurance appliqué à votre adhésion,
- si nous résilions un autre de vos contrats après sinistre (art. R113-10 du code des assurances),
- en cas de diminution des risques, si l'assureur ne réduit pas la cotisation en conséquence (art. L113-4 du code des assurances),

➤ par l'assureur :

- en cas d'omission ou de déclaration inexacte lors de la souscription ou en cours d'adhésion, si votre mauvaise foi n'est pas établie (art. L113-9 du code des assurances),
- en cas d'aggravation des risques, selon les dispositions de l'article L 113-4 du Code des Assurances sous réserve de celles édictées par l'article 6 de la Loi 89-1009 du 31 décembre 1989,
- en cas de règlement judiciaire.

➤ de plein droit :

- en cas de retrait de nos agréments (art. L326-12 du code des assurances),
- en cas de retrait d'agrément de l'Union de Réassurance, auquel cas la résiliation intervient le dixième jour à midi, à compter de la date de parution au Journal Officiel de l'arrêté prononçant le retrait, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors restituée à l'assuré (art. R322-113 du code des assurances).

La demande de résiliation peut être faite, soit par lettre recommandée, le cachet de la poste faisant foi, soit par déclaration faite contre récépissé à notre siège ou auprès de notre représentant dont les coordonnées figurent au Certificat d'adhésion (art. L113-14 du code des assurances).

DISPOSITIONS DIVERSES

14. prescription

Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par 2 ans à compter de l'évènement qui y donne naissance (article L114-1 du code des assurances).

Toutefois ce délai ne court :

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

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

La prescription peut être interrompue (article L114-2 du code des assurances) par une des causes ordinaires d'interruption ainsi que dans les cas ci-après :

- désignation d'expert à la suite d'un sinistre
- envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception :
 - par nous à l'assuré, en ce qui concerne le paiement de la cotisation
 - par l'assuré à nous, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité
- citation en justice, même en référé
- commandement ou saisie signifiée à celui que l'on veut empêcher de prescrire.

15. subrogation

L'assureur est subrogé dans les droits et actions de l'adhérent jusqu'à concurrence des indemnités réglées contre tout tiers responsable du sinistre. Si la subrogation ne peut, du fait de l'adhérent, s'opérer en faveur de l'assureur, la garantie de ce dernier cesse d'être engagée dans la mesure où aurait pu s'exercer la subrogation.

16. litiges

En cas de difficulté quelconque concernant l'application de la présente adhésion, les parties conviennent de se rapporter à la sentence rendue par deux arbitres compétents sur la cause du litige, choisis par chacune d'elle dans un délai d'un mois. Toute contestation d'ordre médical survenant entre le médecin de l'assuré et le nôtre serait soumise à l'arbitrage d'un médecin-expert désigné d'un commun accord entre les deux premiers. Si un accord n'intervenait pas, un médecin-expert serait nommé par la juridiction compétente du domicile de l'assuré. Les honoraires et frais du médecin-expert seraient partagés entre l'assuré et nous.

MALJ SANTE	Eco	Nature	Confort	Confort+	Prestige	Prestige+
FRAIS HOSPITALIERS*						
Frais de Séjour	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Forfait journalier	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Honoraires médicaux et chirurgicaux (praticiens adhérent à l'OPTAM ou l'OPTAM CO)	100%	100%	125%	200%	250%	Frais Réels*
Honoraires médicaux et chirurgicaux	100%	100%	100%	175%	200%	200%
Transport	100%	100%	125%	150%	200%	400%
Chambre particulière	-	15€/J	40€/J	45€/J	60€/J	70€/J
Lit d'accompagnement enfant de - de 12 ans garanti par le contrat	-	-	15€/J	15€/J	15€/J	15€/J
Prime de naissance réservée aux assurées	-	-	50€	80€	100€	150€
OPTIQUE (1)						
Equipement à verres simples (1)	100%	100%	100€	160€	200€	300€
Equipement à verres complexes ou très complexes(1)	100%	100%	200€	200€	200€	300€
Lentilles remboursées ou non par la S.S- Forfait annuel	50€	50€	75€	100€	100€	100€
Forfait Plus annuel après 3 ans d'adhésion : forfait supplémentaire optique et/ou Opération de la myopie	-	-	25€	50€	50€	75€
DENTAIRE						
Soins dentaires	100%	100%	125%	150%	200%	400%
Prothèses dentaires et orthodontie	100%	100%	125%	200%	200%	400%
Forfait Plus annuel après 3 ans pour les prothèses dentaires, l'orthodontie et les implants dentaires remboursés ou non par le RO	-	20€	100€	150€	200€	250€
MEDECINES DOUCES						
Homéopathie, microkinésithérapie	-	50€ la 1ère année 75€ la 2ème année et 150€ à partir de la 3ème année	30€	30€	50€ la 1ère année 75€ la 2ème année et 150€ à partir de la 3ème année	50€ la 1ère année 75€ la 2ème année et 150€ à partir de la 3ème année
Ostéopathie, chiropractie						
Acupuncture, diéticien						
SOINS MEDICAUX COURANTS (2)						
Consultations + visites médicales (praticiens adhérent à l'OPTAM ou l'OPTAM CO)	100%	100%	125%	150%	200%	400%
Consultations + Visites médicales + Analyses + Radiologie	100%	100%	100%	125%	150%	200%
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes)	100%	100%	125%	150%	200%	400%
Pharmacie remboursée par le RO	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Prothèses non dentaires	100%	100%	125%	150%	200%	400%
Soins à l'étranger pris par le RO	100%	100%	100%	100%	100%	100%
AUTRES PRESTATIONS						
PREVENTION (forfait annuel) :						
pilule micro-dosée ou préservatifs	30€	30€	30€	30€	30€	30€
vaccin anti-grippe						
substituts nicotiniques						
dépistage de l'ostéoporose						
Assistance	inclus	inclus	inclus	inclus	inclus	inclus

Adhésion jusqu'à 65 ans- les garanties ci-dessus sont libellées en pourcentage du tarif de responsabilité ou de base. Elles s'expriment inclusion faite du régime obligatoire, sauf pour les forfaits. Les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle.

(*) En établissements conventionnés.

(1) Pour les consultations, visites, actes techniques et de radiologies réalisés hors parcours de soins, la **majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires ne sont pas remboursés.**

(2) Les consultations en psychiatrie, neuropsychiatrie, neurologie et assimilées sont limitées à 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale

(3) Les forfaits des équipements optique sont biennaux- le coût de la monture ne peut excéder 150€ par équipement optique - Tous les autres forfaits sont alloués une fois par an et par bénéficiaire.

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable aux spécialistes en Chirurgie ou en gynécologie-Obstétrique.

CONDITIONS GENERALES VALANT NOTICE D'INFORMATION

CONTRAT COLLECTIF N° GAC17SAN0911

La **MUTUELLE ALSACE LORRAINE JURA** a souscrit auprès de **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** le contrat collectif n° **GAC17SAN0911**, au profit de ses adhérents, afin de faire bénéficier ces derniers des garanties d'assistance telles que prévues ci-dessous.

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

1. COMMENT CONTACTER FILASSISTANCE ?

Téléphone	09 69 36 99 60 (numéro non surtaxé)
	+ 33 (0) 9 69 36 99 60 (depuis l'étranger)
Télécopie	09 77 40 17 87
Adresse email	operations@filassistance.fr
Adresse postale	108 Bureaux de la Colline 92213 Saint-Cloud Cedex

2. MISE EN ŒUVRE DES PRESTATIONS

2.1. DELIVRANCE DES PRESTATIONS

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

Le Bénéficiaire ou son entourage doit impérativement contacter **FILASSISTANCE**, au numéro de téléphone suivant : **09 69 36 99 60** préalablement à toute intervention, dans un délai de cinq (5) jours à compter de la survenance de l'évènement qui donne lieu au bénéfice des présentes garanties, en précisant le numéro de contrat **GAC17SAN0911**. Le Bénéficiaire obtiendra ensuite un numéro de dossier qui seul justifiera une prise en charge de la part de **FILASSISTANCE**.

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

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

2.2. CONDITIONS D'ORDRE MEDICAL

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

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

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

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

2.3. CONDITIONS SPECIFIQUES AUX PRESTATIONS D'ASSISTANCE INFORMATIONS

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

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

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

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

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

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

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

Les prestations d'information juridique ont pour objet d'orienter et informer l'Adhérent dans les domaines de la vie pratique et juridique. **Sont exclues les demandes ne portant pas sur le droit français.**

Le contenu de l'information juridique délivrée a un caractère uniquement documentaire (au sens de l'article 66-1 de la Loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971) et ne pourra en aucun cas consister à donner des consultations juridiques.

3. QUI PEUT BENEFICIER DES GARANTIES ?

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

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

4. OU S'APPLIQUENT LES GARANTIES ?

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

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

5. QUELLE EST LA PERIODE DES GARANTIES ?

La présente Notice prend effet à compter du **1er Janvier 2018** et couvre les événements garantis survenus au plus tôt à compter de cette date.

Les Bénéficiaires peuvent solliciter les prestations pendant la période d'adhésion au contrat d'assurance santé proposé par la **MUTUELLE ALSACE LORRAINE JURA**, sous réserve du règlement de la cotisation correspondante.

Toutefois, le droit à garantie auprès de **FILASSISTANCE** cesse pour chaque Adhérent :

- En cas de cessation de l'adhésion au contrat d'assurance santé proposé par la **MUTUELLE ALSACE LORRAINE JURA** ;
- En cas de résiliation du Contrat collectif d'assistance n° **GAC17SAN0911** ;
- En cas de non-paiement de la cotisation conformément aux dispositions prévues à l'article L113-3 du Code des assurances.

A. DEFINITIONS

Les Parties entendent les termes ci-dessous selon les définitions suivantes :

Accident : Toute atteinte corporelle non intentionnelle et indépendante de la volonté du Bénéficiaire, provenant de l'action soudaine, violente et imprévisible d'une cause extérieure.

Actes de la vie quotidienne : Le transfert, le déplacement à l'intérieur d'une surface plane, l'alimentation, la toilette, la continence et l'habillement.

Adhérent/Assuré : Toute personne physique, ayant adhéré au contrat santé proposé par la **MUTUELLE ALSACE LORRAINE JURA bénéficiant de l'option assistance détaillée dans les présentes conditions générales n°GAC17SAN0911 et qui s'engage à acquitter la prime émise aux périodes définies.**

AGGIR : outil national d'évaluation de la dépendance déterminant le niveau des aides publiques.

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

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

Assuré aidant : L'Adhérent qui assiste une personne en état de dépendance ou handicapé. L'Assuré aidant apporte une aide quotidienne son proche dépendant ou handicapé pour les actes de la vie quotidienne.

AGGIR : Outil national d'évaluation de la dépendance déterminant le niveau des aides publiques.

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

Auxiliaire de puériculture : Intervenante permettant d'accompagner les apprentissages des nourrissons et des jeunes enfants jusqu'à 3 ans, tout en veillant à leur hygiène et à leur confort.

Bénéficiaire : Toute personne désignée à l'article 3 du paragraphe A, ci-avant.

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

Contrat : Le Contrat collectif d'assistance n° **GAC17SAN0911**.

Dépendance/Perte d'Autonomie : Etat de perte d'autonomie d'une personne justifiant son classement dans le Groupe GIR 1 à 4 de la grille AGGIR.

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

Equipe médicale : Médecins de **FILASSISTANCE**.

Evènement : Toute situation prévue par la présente notice justifiant d'une demande d'intervention auprès de **FILASSISTANCE**.

France : France métropolitaine y compris la Corse et la Principauté de Monaco.

Handicap : Toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie par une personne, en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs Fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. Le handicap doit être reconnu par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

Hospitalisation : Tout séjour d'une durée supérieure à 24 heures, **sauf stipulation contraire et hors séjour ambulatoire**, effectué dans un établissement de soins public ou privé, en vue de subir un traitement médical ou chirurgical à la suite d'une atteinte corporelle, d'un accident ou d'une maladie.

Immobilisation : Etat d'une personne se trouvant dans l'incapacité physique totale ou partielle de se déplacer constatée par un médecin et nécessitant le repos au domicile.

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

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

Titre de transport : Dans la limite des disponibilités, pour les trajets dont la durée est inférieure à 5 heures, il est remis un billet de train, aller et retour, 1ère classe. Pour les trajets supérieurs à cette durée, il est remis un billet d'avion, aller et retour, classe économique.

Zone de résidence : Pour l'Adhérent résidant en France métropolitaine y compris la Corse et la Principauté de Monaco zone couvrant la France métropolitaine, la Corse et la Principauté de Monaco.

B. DESCRIPTION DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Les prestations d'assistance qui suivent seront octroyées sous les conditions et dans les limites prévues par le tableau de synthèse des garanties (chapitre E).

1. URGENCE MEDICALE

Le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers, le SAMU, ou le médecin traitant.

En France les secours de première urgence sont gratuits. En cas de difficultés, **FILASSISTANCE** peut communiquer les coordonnées de ces services publics.

2. INFORMATIONS JURIDIQUE ET VIE PRATIQUE

■ Renseignements réglementaires

- **Justice / défense / recours** : à qui vous adresser, comment porter plainte, juridictions civiles, juridictions administratives, juridictions pénales, frais de justice, aide judiciaire, amendes pénales, etc.
- **Sociétés / commerçants / artisans / affaires** : professions libérales, professions commerciales et industrielles, professions artisanales, sociétés commerciales, TVA et autres taxes, assurances professionnelles, aide-mémoire de formalités, frais d'installation.
- **Assurances sociales / allocations / retraites** : salaires, fonction publique, commerce, artisanat, professions libérales, agriculteurs, prestations familiales, accidents du travail, pension de réversion des salariés, pension de réversion des non-salariés, aide sociale, etc.
- **Impôts / fiscalité** : imprimés à remplir, traitements et salaires, revenus fonciers, BIC, BNC, BA, plus-values, charges déductibles, calcul de l'impôt, impôts locaux, réclamations, paiements, contrôles, etc.
- **Famille** : régimes matrimoniaux, grossesse, naissance, adoption, éducation des enfants, émancipation des mineurs, union libre, divorce, succession, décès, handicapés, etc.

■ Renseignements vie pratique

- **Habitation / logement** : acquisition, construction, financement, bail, congés, copropriété, vente, achat en viager, résidence secondaire, urbanisme, expropriation, les professionnels et l'immobilier, organismes à consulter, etc.
- **Consommation** : argent et chèques dans la vie quotidienne, santé, personnel de maison, protection de la vie privée, l'énergie dans la vie quotidienne, automobile, vivre mieux (nouvelles brèves et conseils) etc.
- **Vacances / loisirs** : Vacances en famille, enfants et adolescents, camping, caravaning, voyages organisés, centres et mouvements de jeunesse, activités de plein air, activités culturelles, loisirs du 3^e âge, vacances à l'étranger, votre argent en vacances, etc.
- **Formalités / cartes / permis** : état civil, passeport, casiers judiciaires, cartes et permis divers, obligations militaires, déménagements, etc.
- **Les services publics** : EDF/GDF, opérateurs téléphoniques, SNCF, la Mairie, la Préfecture, le Médiateur : pour quels services ?, A qui s'adresser ? Comment ?

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

3. INFORMATIONS SANTE

FILASSISTANCE fournit à l'Adhérent un service d'informations santé portant sur les domaines suivants :

- **Prévention** : vaccinations, prévention bucco-dentaire, allergies, diététique, dépistage et prévention des cancers, des maladies cardiovasculaires ... ;
- **Mode de vie** : facteurs de risques et hygiène de vie (tabac, drogue, alcool, pollution, alimentation) ... ;
- **Techniques nouvelles** : soins palliatifs, chirurgie ambulatoire, médecines douces, transplantations et greffes ... ;
- **Données administratives** : aides au maintien à domicile des personnes âgées, prise en charge de la dépendance, structures d'accueil médicalisées ... ;
- **Examens médicaux** : information sur la nature des divers examens et analyse (radiologie, biologie, scanners, IRM, échographie) ... ;
- **Coordonnées utiles** : centres de consultation spécialisés, associations de patients, établissements spécialisés (rééducation, désintoxication thermalisme).

Sans se substituer au médecin traitant, **FILASSISTANCE** peut aussi répondre aux questions générales d'ordre médical ou diététique (à l'exception de toute consultation ou diagnostic personnalisé par téléphone).

FILASSISTANCE aide à la recherche, en accord avec le médecin traitant, des centres de cures spécialisés en France correspondants à l'état de santé de l'Adhérent.

4. ALLO INFO « PRIMO » PARENTS

Cette information est destinée à répondre à toute question de nature pratique, notamment dans les domaines suivants :

- ✗ **Les modes de garde,**
- ✗ **Le congé parental,**
- ✗ **Les démarches administratives,**
- ✗ **La déclaration de la naissance,**
- ✗ **Les incidences fiscales de l'arrivée d'un nouveau-né.**

5. RECHERCHE D'UN MEDECIN, D'UNE INFIRMIERE OU D'UN INTERVENANT PARAMEDICAL

En l'absence de médecin traitant, **FILASSISTANCE** apporte son aide à l'Adhérent pour trouver un médecin de garde, une infirmière ou un intervenant paramédical, au domicile de l'Adhérent.

En aucun cas la responsabilité de FILASSISTANCE ne saurait être engagée si aucun médecin n'était disponible.

Les frais de visite restent à la charge de l'Adhérent.

6. RESERVATION DE LIT ET ACHEMINEMENT EN MILIEU HOSPITALIER

Si le médecin traitant prescrit une hospitalisation de l'Adhérent, **FILASSISTANCE** peut l'aider à rechercher un lit en milieu hospitalier le plus proche de son domicile ou le plus apte à répondre aux besoins, **sous réserve des disponibilités locales et de l'accord du centre d'admission.**

Les éventuels frais engagés seront à la charge de l'Adhérent.

Sur prescription médicale, **FILASSISTANCE** peut également rechercher une ambulance et organiser le transport de l'Adhérent malade ou blessé jusqu'à son lieu d'hospitalisation. **Les frais de l'ambulance ou du transport resteront à la charge du Bénéficiaire.**

Si le retour au domicile de l'Adhérent doit s'effectuer en ambulance ou VSL, et si l'Adhérent en fait la demande, **FILASSISTANCE** organisera son retour, **sans pour autant prendre en charge les frais d'ambulance ou de VSL.**

7. ACHEMINEMENT DES MEDICAMENTS

FILASSISTANCE organise l'acheminement des médicaments au domicile de l'Adhérent, si celui-ci est immobilisé et s'il s'agit, selon la prescription

médicale, de médicaments indispensables au traitement immédiat de son problème de santé. **Cette garantie s'applique si l'Adhérent ne peut pas faire intervenir un membre de son entourage et ne concerne pas le simple renouvellement d'ordonnance.**

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

Le coût du ou des médicaments seront pris en charge financièrement par l'Adhérent.

8. TRANSMISSION DES MESSAGES URGENTS

En cas de besoin, **FILASSISTANCE** se charge de transmettre les messages urgents de l'Adhérent ou de son Conjoint à leurs proches.

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

- une justification de la demande,
- une expression claire et explicite du message à retransmettre,
- une indication précise des noms, prénoms, adresse complète et éventuellement, numéro de téléphone de la personne à contacter.

Cette transmission sera effectuée sous la responsabilité de l'Adhérent ou de son Conjoint.

9. GARDE OU TRANSFERT DES ENFANTS AGES DE MOINS DE 16 ANS

Si personne ne peut s'occuper des **enfants âgés de moins de 16 ans** de l'Adhérent ou de son Conjoint et restés seuls au domicile sans surveillance d'un adulte, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge l'une des prestations ci-dessous, choisie par l'Adhérent/son Conjoint :

- La garde à domicile ;
- OU l'accompagnement des enfants à l'école ;
- OU le transfert accompagné de ces enfants, chez un proche **habitant dans la zone de résidence de l'Adhérent** ;
- OU la venue d'un proche habitant **dans la zone de résidence de l'Adhérent**, jusqu'au domicile.

10. GARDE OU TRANSFERT DES ASCENDANTS DEPENDANTS

Si personne ne peut s'occuper des ascendants dépendants de l'Adhérent ou de son Conjoint vivant habituellement au domicile et restés seuls, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge l'une des prestations ci-dessous, choisie par l'Adhérent/son Conjoint :

- La garde à domicile ;
- OU le transfert accompagné de ces personnes, chez un proche **habitant dans la zone de résidence de l'Adhérent** ;
- OU la venue d'un proche habitant **dans la zone de résidence de l'Adhérent**, jusqu'au domicile.

11. GARDE DES ANIMAUX DE COMPAGNIE

Si personne n'est en mesure de s'occuper des animaux de compagnie de l'Adhérent, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge (**hors frais de toilettage et frais de soins vétérinaires**) leur garde à l'extérieur ou leur entretien à domicile, **sous réserve que ceux-ci aient été vaccinés.**

12. AIDE A DOMICILE

FILASSISTANCE met à disposition et prend en charge une aide à domicile, **dans les conditions prévues dans le tableau de synthèse ci-dessous.**

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

La durée d'application de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'Adhérent/de son Conjoint, par le service médical de FILASSISTANCE.

13. PRESENCE D'UN PROCHE AU CHEVET

FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue et les frais d'hébergement d'un proche, **habitant dans la zone de résidence de l'Adhérent**, afin de lui permettre de se rendre à son chevet.

14. ECOLE A DOMICILE

Suite à une **maladie soudaine** ou à un accident entraînant une absence scolaire **supérieure à 15 jours** d'un enfant **âgé de moins de 16 ans**, FILASSISTANCE organise et prend en charge, **dès le 1^{er} jour d'absence scolaire**, un répétiteur scolaire se déplaçant au domicile de l'Adhérent ou dans l'établissement hospitalier de l'enfant, pour lui dispenser des cours préparatoires à la classe terminale dans les matières suivantes : français, mathématiques, langues étrangères (1^{ère} et 2nde langue inscrites au programme scolaire), physique-chimie, histoire-géographie, sciences naturelles.

Cette prestation est accordée pendant la durée effective de l'année scolaire en cours, telle que définie par le Ministère de l'Education Nationale. Elle est subordonnée à l'existence d'un ou plusieurs répétiteurs scolaires dans un rayon de 25 km du domicile et ne s'applique pas pendant les vacances scolaires d'été et les jours fériés. En tout état de cause, cette prestation cesse le dernier jour de l'année scolaire.

Cette prestation ne s'applique pas aux maladies ou accidents et leurs conséquences antérieurs à la date d'effet du présent Contrat, ni lorsque l'enfant est atteint d'une maladie préexistante diagnostiquée et/ou traitée, ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 mois précédant la demande.

Cette prestation ne s'applique pas pour les cas de phobie scolaire ou d'affection de longue durée.

Un certificat médical devra être adressé à l'équipe médicale de FILASSISTANCE avant la mise en œuvre de la prestation garantie, indiquant la nature de la maladie ou de l'accident et précisant que l'enfant, ne peut compte tenu de cette maladie/accident, se rendre dans son établissement scolaire et la durée de son immobilisation.

15. GARDE DES AUTRES ENFANTS AGES DE MOINS DE 16 ANS

Si personne ne peut s'occuper **de (ou des) l'enfant(s) âgé(s) de moins de 16 ans** de l'Adhérent ou de son Conjoint, resté(s) seul(s) au domicile, FILASSISTANCE organise et prend en charge l'une des prestations ci-dessous, choisie par l'Adhérent/son Conjoint :

- La garde à domicile ;
- OU l'accompagnement des enfants à l'école

16. AUXILIAIRE DE PUERICULTURE

FILASSISTANCE organise et prend en charge, dans la limite des disponibilités locales, l'intervention d'une auxiliaire de puériculture au domicile afin d'aider la maman dans la réalisation des soins à dispenser au nouveau-né à sa sortie de maternité.

17. ACCOMPAGNEMENT DANS LES DEMARCHES ADMINISTRATIVES

FILASSISTANCE met à la disposition des proches de l'Adhérent ou de son Conjoint, un intervenant qualifié pouvant l'accompagner dans la réalisation des démarches administratives relatives au décès de l'Adhérent.

18. INFORMATIONS OBSEQUES

FILASSISTANCE met à la disposition de l'Adhérent ou de son Conjoint un service d'informations.

Ce service comprend des informations téléphoniques et des renseignements concernant les domaines suivants :

- obsèques civiles ou religieuses,
- prélèvement d'organes,
- don du corps,
- constatation,
- déclaration,
- les papiers à fournir
- les organismes à prévenir

- les soins de conservation
- les cimetières et concessions
- chambres funéraires,
- transports,
- inhumation,
- coût des obsèques.

19. AVANCE DES FRAIS D'INHUMATION

FILASSISTANCE peut procéder à une avance à concurrence de la limite mentionnée dans le tableau de synthèse ci-dessous et contre remise d'un chèque de caution.

Il est expressément convenu que le remboursement de ces frais devra être réalisé **dans un délai de trente (30) jours à compter du jour de la remise de l'avance**

20. ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

L'Adhérent et/ou son Conjoint peut contacter l'équipe médico-psycho-sociale de FILASSISTANCE qui lui assurera une écoute adaptée et/ou l'orientera vers les professionnels assurant une prise en charge psychologique.

21. ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL

FILASSISTANCE peut mettre l'Adhérent ou son Conjoint en relation avec l'équipe médico-sociale de FILASSISTANCE qui réalisera un bilan de situation du foyer et pourra ensuite l'orienter et l'assister dans les démarches auprès des organismes concernés.

22. TELEASSISTANCE POUR SECURISER LA CONVALESCENCE

A tout Adhérent âgé de 75 ans et plus ayant effectué un séjour hospitalier **de plus de 24 heures**, FILASSISTANCE proposera la mise à disposition d'un service de Téléassistance à domicile (Préfil) à compter de son retour au domicile **pour une durée de 3 mois maximum**.

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

Le service de téléassistance permet de garder contact privilégié avec l'extérieur, d'accéder à des services de proximité et à la fonction de téléassistance.

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

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

- Gestion de la « fiche médicale » de l'abonné.
- Ecoute et Présence 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 d'une équipe spécialisée.
- Dialogue, si nécessaire, avec une équipe médicale.
- Mise en relation, si nécessaire, avec les structures d'urgence (**sans prise en charge**).

Le coût des communications téléphoniques générées par l'émetteur ou le transmetteur du matériel de téléassistance installé au domicile de l'adhérent reste à sa charge.

23. INFORMATIONS SUR LA DEPENDANCE

FILASSISTANCE communique à l'Assuré aidant toutes les informations nécessaires dans le cadre de la survenance de la dépendance d'un proche, notamment ses droits et les démarches à effectuer.

De même, FILASSISTANCE met en contact la famille de l'Assuré aidant avec les organismes concernés.

24. CONSEIL EN RESSOURCES SOCIALES

L'équipe pluridisciplinaire de FILASSISTANCE aide l'Assuré aidant ou son proche dépendant/handicapé à établir un état des dépenses et des revenus et l'informe sur les démarches à effectuer pour bénéficier d'aides financières, en tenant compte de sa situation financière et sociale.

Selon la situation du proche dépendant/handicapé, FILASSISTANCE informe sur les financements possibles et l'oriente vers les organismes concernés et le cas échéant le met en relation avec les services sociaux locaux.

Cet accompagnement personnalisé se termine par un appel de clôture avec l'Assuré aidant ou avec son proche dépendant/handicapé afin de faire le bilan sur sa situation et sur les aides financières et prestations sociales perçues.

25. INFORMATIONS, DEMARCHES ET AIDE A LA CONSTITUTION DE DOSSIER

FILASSISTANCE réalise, à la demande de l'Assuré aidant, un entretien téléphonique au sujet du proche dépendant ou handicapé dont il s'occupe avec pour objectif de l'informer sur les mesures à prendre pour aider son proche dépendant ou handicapé.

FILASSISTANCE communique les informations dont l'Assuré aidant pourrait avoir besoin notamment sur les droits et démarches à effectuer.

FILASSISTANCE aide également l'Assuré aidant à constituer le dossier de prise en charge lié à la dépendance ou au handicap de l'un de ses proches, en lui indiquant les pièces justificatives et les bilans à transmettre pour obtenir une prise en charge publique ou privée.

FILASSISTANCE peut, si l'Assuré aidant le souhaite, le mettre en relation avec les organismes concernés.

Les frais engagés auprès de ces organismes sont à la charge de l'Assuré aidant.

26. AIDE A LA RECHERCHE D'ETABLISSEMENTS TEMPORAIRES OU PERMANENTS POUR LES PROCHES DEPENDANTS OU HANDICAPES DE L'ASSURÉ AIDANT

FILASSISTANCE recherche et indique à l'Assuré aidant les établissements médicaux spécialisés qui peuvent recevoir de façon temporaire ou permanente son proche dépendant/handicapé, **sans toutefois pouvoir garantir que le centre ou l'établissement indiqué les accueillera.**

Si l'Assuré aidant le souhaite, **FILASSISTANCE** réserve un lit en établissement spécialisé le plus proche du domicile ou le plus apte à répondre aux besoins, **sous réserve de l'accord du centre d'admission et de la disponibilité des places. Le coût du lit reste à la charge de l'Assuré aidant.**

C. CADRE REGLEMENTAIRE

1. DELIVRANCE DES PRESTATIONS

Sous réserve que l'Adhérent soit éligible aux prestations d'assistance, **FILASSISTANCE** délivre et prend en charge lesdites prestations telles que prévues ci-après.

Dans le cas où un Adhérent serait contraint d'avancer des frais, pour lesquels **FILASSISTANCE** a donné son accord préalable, et afin d'obtenir le remboursement de ces dépenses, le Bénéficiaire ou la personne ayant engagé les frais devra obligatoirement adresser toute pièce justificative originale que **FILASSISTANCE** jugerait utile.

Le règlement desdits frais engagés par l'Adhérent, interviendra dans un délai de quinze (15) jours ouvrés suivant la réception desdites pièces par **FILASSISTANCE**, sauf contestation notifiée à la personne concernée.

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

2. SUBROGATION

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

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

3. INFORMATIQUE ET LIBERTES

Les informations recueillies auprès de l'Adhérent, lors d'une demande d'assistance font l'objet d'un traitement informatique destiné exclusivement à la fourniture des prestations d'assistance garanties. En adhérant à la présente Notice, l'Adhérent consent à ce traitement informatique.

Dans ce cadre, l'Adhérent est informé que les données personnelles le concernant peuvent être transmises aux prestataires ou sous-traitants liés contractuellement à **FILASSISTANCE** intervenants pour l'exécution des garanties d'assistance.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 Informatique et Libertés modifiée par la loi n°2004-801 du 06 août 2004, l'Adhérent dispose d'un droit d'accès et de modification relativement aux informations qui le concernent. S'il souhaite exercer ce droit et obtenir communication des informations le concernant, il devra adresser sa demande, accompagnée d'une copie (recto/verso) de sa pièce d'identité, à l'adresse suivante :

FILASSISTANCE – CORRESPONDANT CNIL
108, Bureaux de la Colline
92213 SAINT-CLOUD Cedex
Ou
cil@filassistance.fr

L'Adhérent peut également pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données le concernant mais un tel refus pourra empêcher l'adhésion ou l'exécution des présentes garanties.

4. RESPONSABILITE

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

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

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

En tout état de cause, FILASSISTANCE ne sera pas responsable d'un manquement à ses obligations qui sera la conséquence d'une cause étrangère (cas de force majeure tels que définis par la jurisprudence de la Cour de cassation, fait de la victime ou fait d'un tiers).

5. AUTORITE DE CONTROLE

FILASSISTANCE INTERNATIONAL est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 61 rue Taitbout - 75436 PARIS cedex 09.

6. RECLAMATIONS

Toute réclamation portant sur le traitement de la demande d'assistance (délai, qualité, contenu prestation fournie, etc.) devra être formulée dans un premier temps auprès du service qui a traité cette demande par téléphone au numéro suivant : **09 69 36 99 60** qui veillera à répondre dans un délai maximal de dix (10) jours, à compter de la demande.

Si la réponse formulée à sa réclamation ne le satisfait pas, le Bénéficiaire pourra adresser un courrier précisant le motif du désaccord à l'adresse suivante :

FILASSISTANCE - SERVICE RECLAMATIONS
108, Bureaux de la Colline
92213 SAINT-CLOUD Cedex

Une réponse sera alors formulée dans un délai de dix (10) jours à compter de la réception du courrier de réclamation.

Si l'instruction de la réclamation nécessite un examen justifiant un délai supplémentaire, **FILASSISTANCE** enverra un courrier accusant réception de la réclamation et précisant la date probable de réponse. Ce courrier d'accusé de réception sera envoyé dans un délai de dix (10) jours ouvrables qui suivent la réception de la réclamation.

Si aucune solution n'est trouvée à l'issue de l'examen du courrier de réclamation, l'Adhérent ou le Bénéficiaire pourra saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance, en adressant sa demande à l'adresse ci-dessous :

L'Adhérent ou le Bénéficiaire pourra également formuler sa demande sur le site internet de la Médiation de l'Assurance, accessible via le lien suivant www.mediation-assurance.org.

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

7. PRESCRIPTION

Conformément à l'article L114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant de la présente Notice sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

En vertu de l'article L114-2 du Code des assurances, la prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et notamment la citation en justice, le commandement de payer, la saisie, l'acte du débiteur par lequel celui-ci reconnaît le droit de celui contre lequel il prescrivait, et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par **FILASSISTANCE** à l'Adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'Adhérent à **FILASSISTANCE**, en ce qui concerne le règlement des prestations.

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

8. FAUSSE DECLARATION

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

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

En revanche, l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité de son adhésion, conformément aux dispositions de l'article L113-9 du Code des assurances.

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

9. LOI APPLICABLE ET JURIDICTION COMPETENTE

La présente Notice est régie par le droit français.

A défaut d'accord amiable, il sera fait expressément attribution de juridiction près les tribunaux dans le ressort desquels se situe le domicile de l'Adhérent.

10. EXCLUSIONS

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

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

- des frais engagés sans l'accord préalable de **FILASSISTANCE** ;
- des frais téléphoniques engagés par l'Adhérent ou le Bénéficiaire ;
- du fait intentionnel de l'Adhérent ou d'un Bénéficiaire ;
- de toute intervention volontaire pour convenance personnelle (chirurgie esthétique) ;
- des maladies ou des troubles mentaux y compris les troubles anxieux et anxio-dépressifs, les syndromes dépressifs, les dépressions et autres névroses, les psychoses, et les troubles de la personnalité et du comportement ;
- d'une grossesse pathologique d'une durée inférieure ou égale 8 jours ;
- de bilans de santé, check-up, examens médicaux faisant partie d'un dépistage à titre préventif, traitements ou analyses réguliers ;
- de l'insuffisance ou de l'indisponibilité temporaire de prestataires localement ;
- des états résultant de l'usage abusif d'alcool (taux d'alcoolémie constaté supérieur au taux fixé par l'article R234-1 du Code de la route), de l'usage ou de l'absorption de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement ;
- des conséquences d'explosion d'engins et d'effets nucléaires radioactifs ;
- de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de grèves, de pirateries, d'interdictions officielles, de saisies, de terrorisme, d'attentats, d'enlèvements, de séquestrations, de prises d'otages ou contraintes par la force publique, tels que visés à l'article L121-8 alinéa 2 du Code des Assurances ;
- des cataclysmes naturels ;
- des épidémies, de tout risque infectieux ou chimique ;
- des dommages causés par des explosifs que le Bénéficiaire ou l'Adhérent peut détenir ;
- de la participation volontaire de l'Adhérent ou d'un Bénéficiaire, à un acte de terrorisme, de sabotage, un crime ou un délit, une rixe, un pari ou un défi ;
- la tentative de suicide ou le suicide de l'Adhérent survenu au cours de la 1^{ère} année suivant l'adhésion ;
- d'événements climatiques tels que tempêtes ou ouragans ;
- toute intervention initiée et/ou organisée à un niveau étatique ou interétatique pour toute autorité ou organisme gouvernemental ou non.

D. TABLEAU DE SYNTHESE DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

PRESTATIONS ACCESSIBLES DES L'ADHESION	
Urgence médicale	Communication des numéros d'urgence
Recherche d'un médecin, d'une infirmière ou d'un intervenant paramédical	Mise en relation sans prise en charge
Réservation de lit et acheminement en milieu hospitalier	Organisation sans prise en charge
Assistance informations	Du lundi au vendredi de 9h à 18h (hors jours fériés)
Informations juridique et vie pratique	Informations téléphoniques
Informations santé	Informations téléphoniques
PRESTATIONS ACCESSIBLES DURANT UNE IMMOBILISATION AU DOMICILE DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT	
Acheminement des médicaments	Prise en charge des frais d'acheminement dans un rayon de 50 km autour du domicile
Transmission des messages urgents	7j/7 et 24H/24
PRESTATIONS ACCESSIBLES DURANT UNE HOSPITALISATION SUPERIEURE A 48 HEURES DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT	
Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans	
■ Garde au domicile	15 heures maximum réparties sur 10 jours ouvrés consécutifs
■ Ou Accompagnement des enfants à l'école	1 A/R par jour pendant 5 jours
■ Ou Transfert accompagné des enfants chez un proche	1 titre de transport par événement A/R
■ Ou Venue d'un proche jusqu'au domicile	1 titre de transport par événement A/R
Garde ou transfert des ascendants dépendants	
■ Garde au domicile	15 heures maximum réparties sur 10 jours ouvrés consécutifs
■ Ou Transfert accompagné des ascendants chez un proche	1 titre de transport par événement A/R
■ Ou Venue d'un proche jusqu'au domicile	1 titre de transport par événement A/R
Présence d'un proche au chevet <i>(si aucun proche de l'Adhérent ou de son Conjoint ne réside à moins de 50 Km du lieu d'hospitalisation de l'Adhérent ou de son Conjoint)</i>	1 titre de transport A/R 2 nuits (petits déjeuners compris) à hauteur de 80 € TTC par nuit
Aide à domicile (*)	
■ Soit durant l'hospitalisation	8 heures réparties sur une période de 5 jours ouvrés consécutifs
■ Soit suivant le retour au domicile	
(*) le plafond de garantie sera porté à 12 heures réparties sur une période de 10 jours ouvrés consécutifs en cas de d'hospitalisation prolongée de plus de 15 jours, de présence au domicile d'un enfant de moins de 8 ans ou d'un conjoint invalide	
Garde des animaux de compagnie	30 jours maximum à compter du 1 ^{er} jour d'hospitalisation
PRESTATION ACCESSIBLE DURANT UNE IMMOBILISATION AU DOMICILE SUPERIEURE A 7 JOURS DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT	
Aide à domicile (*)	8 heures réparties sur une période de 5 jours ouvrés consécutifs
(*) le plafond de garantie sera porté à 12 heures réparties sur une période de 10 jours ouvrés consécutifs en cas de d'immobilisation prolongée de plus de 15 jours, de présence au domicile d'un enfant de moins de 8 ans ou d'un conjoint invalide	
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'ENFANTS MALADES OU ACCIDENTES DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT	
En cas d'hospitalisation d'un enfant âgé de moins de 16 ans	
Garde ou transfert des autres enfants âgés de moins de 16 ans	
■ Garde au domicile	15 heures maximum réparties sur 10 jours ouvrés consécutifs
■ Ou Accompagnement des enfants à l'école	10 A/R dans la limite d'un A/R par jour répartis sur une période maximale d'un mois et dans la limite de 460 € TTC maximum de prise en charge pour l'ensemble des enfants.
Présence d'un proche au chevet si l'enfant est hospitalisé à plus de 50 Km de son domicile	1 titre de transport A/R 7 nuits (petits déjeuners compris) à hauteur de 80 €/ nuit 560 € TTC maximum
En cas d'immobilisation au domicile de plus de 15 jours d'un enfant âgé de moins de 16 ans	
Ecole à domicile	2 heures par jour d'absence réparties sur 5 semaines maximum (hors jours fériés et période de vacances scolaires)
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE MATERNITE	
Allo info « primo » parents	Informations téléphoniques
En cas de 1 ^{ère} maternité	
Auxiliaire de puériculture	2 heures maximum par jour au cours des 5 jours ouvrés suivant la sortie de maternité
En cas de naissance multiple (jumeaux, triplés...) ou de séjour en maternité de plus de 8 jours	
Aide à domicile	12 heures réparties sur une période de 10 jours ouvrés consécutifs suivant le retour à domicile

En cas de dépression post-partum (ou baby-blues)	
Accompagnement psychologique	Ecoute psychologique par téléphone / 3 consultations maximum réparties sur 2 mois ou mise en relation avec un psychologue de ville et prise en charge de la 1 ^{ère} consultation.
En cas d'arrêt de travail de la salariée chargée de la garde des enfants	
Garde des enfants âgés de moins de 16 ans	
• Garde au domicile	20 heures maximum réparties sur 2 jours consécutifs
• Ou Transfert accompagné des enfants chez un proche	1 titre de transport par événement A/R
• Ou Venue d'un proche jusqu'au domicile	1 titre de transport par événement A/R
PRESTATIONS ACCESSIBLES DURANT UN TRAITEMENT DE RADIOTHERAPIE OU CHIMIOOTHERAPIE DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT	
Aide à domicile	15 heures réparties sur toute la durée de traitement et à raison de 2 heures par jour suivant chaque séance de soins
Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans	
■ Garde au domicile	15 heures maximum réparties sur 10 jours ouvrés consécutifs
■ Ou Accompagnement des enfants à l'école	1 A/R par jour pendant 5 jours
■ Ou Transfert accompagné des enfants chez un proche	1 titre de transport par événement A/R
■ Ou Venue d'un proche jusqu'au domicile	1 titre de transport par événement A/R
Garde ou transfert des ascendants dépendants	
■ Garde au domicile	15 heures maximum réparties sur 10 jours ouvrés consécutifs
■ Ou Transfert accompagné des ascendants chez un proche	1 titre de transport par événement A/R
■ Ou Venue d'un proche jusqu'au domicile	1 titre de transport par événement A/R
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE PERTE D'AUTONOMIE DE L'ADHERENT OU D'UN DE SES PROCHES	
Informations sur la dépendance	Entretiens téléphoniques / mise en relation
Conseil en ressources sociales	Entretien téléphonique
Informations, démarches et aide à la constitution de dossier	Entretien téléphonique
Aide à la recherche d'établissements temporaires ou permanents pour les proches dépendants ou handicapés de l'Assuré aidant	Entretien téléphonique
Accompagnement médico-social	Entretien téléphonique
Accompagnement psychologique	3 entretiens téléphoniques maximum et/ou mise en relation avec un psychologue de ville.
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DECES DE L'ADHERENT OU D'UN DES BENEFICIAIRES	
Informations Obsèques	Informations téléphoniques
Accompagnement dans les démarches administratives	Mise à disposition d'une personne qualifiée pendant 4 heures maximum dans le mois qui suit le décès
Avance des frais d'inhumation	3000 € maximum
Aide à domicile (*)	12 heures réparties sur une période de 10 jours ouvrés consécutifs
(*) le plafond de garantie sera porté à 15 heures réparties sur une période de 10 jours ouvrés consécutifs en cas de présence au domicile d'un enfant de moins de 8 ans ou d'un conjoint invalide	
Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans	
■ Garde au domicile	15 heures maximum réparties sur 10 jours ouvrés consécutifs
■ Ou Accompagnement des enfants à l'école	1 A/R par jour pendant 5 jours
■ Ou Transfert accompagné des enfants chez un proche	1 titre de transport par événement A/R
■ Ou Venue d'un proche jusqu'au domicile	1 titre de transport par événement A/R
Garde ou transfert des ascendants dépendants	
■ Garde au domicile	15 heures maximum réparties sur 10 jours ouvrés consécutifs
■ Ou Transfert accompagné des ascendants chez un proche	1 titre de transport par événement A/R
■ Ou Venue d'un proche jusqu'au domicile	1 titre de transport par événement A/R
Accompagnement médico-social	Entretien téléphonique
Accompagnement psychologique	3 entretiens téléphoniques maximum et/ou mise en relation avec un psychologue de ville avec prise en charge ou remboursement des frais de la 1 ^{ère} consultation à concurrence de 100 € TTC maximum
PRESTATION ACCESSIBLE A LA SUITE D'UNE HOSPITALISATION D'UN ADHERENT AGE DE 75 ANS OU PLUS	
Téléassistance pour sécuriser la convalescence	Prise en charge frais de mise en service + 3 mois de service gratuit (Prévifil)



FILASSISTANCE
Société Anonyme au capital de 4 100 000 €
433 012 689 RCS NANTERRE
Siège social : 108 Bureaux de la Colline,
92210 SAINT-CLOUD
Entreprise régie par le Code des Assurances

Téléphone : 09 69 36 99 60

BON A SAVOIR

Votre Mutuelle est une entreprise d'assurances de droit français dont les activités sont contrôlées par l'**Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution** (A.C.P.R.) - 61, rue Taibout 75009 PARIS.

En cas de réclamation, vous vous adressez en priorité à votre interlocuteur habituel.

En cas de désaccord, ou de non réponse, suite à sa première demande, vous pouvez adresser une réclamation en reproduisant les références du dossier, par courrier exclusivement accompagné de la copie des pièces se rapportant à son dossier, en exposant précisément vos attentes au service ci-après :

MUTUELLE ALSACE LORRAINE JURA – Service Qualité – 6 boulevard de l'Europe BP 3169 – 68063 MULHOUSE CEDEX.

Chacun des interlocuteurs bénéficie d'un délai de 10 jours ouvrables pour en accuser réception et de 2 mois pour répondre.

Il vous est également possible de saisir, en cas de non règlement de votre litige, la Médiation de l'Assurance soit par courrier (La Médiation de l'Assurance TSA 50 110 -75441 PARIS CEDEX 09), soit par voie électronique en complétant un formulaire de saisine sur le site www.mediation-assurance.org.

Votre Mutuelle a adhéré à la "**Charte de la Médiation de l'Assurance**" dans le but d'améliorer le traitement à l'amiable des réclamations des assurés et des tiers.

Votre Mutuelle est réassurée avec caution solidaire de ses engagements auprès de l'Union du Groupe des Assurances Mutuelles de l'Est (GAMEST) - 6, bd de l'Europe - BP 3169 - 68063 MULHOUSE Cedex. Le GAMEST se substitue à votre Mutuelle réassurée pour la constitution des garanties prévues par la réglementation des entreprises d'assurances et l'exécution de ses engagements (articles R 322-113 et R 322-117-4 du Code des assurances).

Conformément à la Loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 et modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent et qui figureraient dans tout fichier à l'usage de la Société, que vous pouvez exercer en vous adressant à : Mutuelle Alsace Lorraine Jura – 6 boulevard de l'Europe – BP 3169 – 68063 Mulhouse cedex 03

Le présent contrat est régi par le Code des Assurances (dénommé le Code dans le texte) y compris les dispositions impératives applicables aux Départements du Haut Rhin, du Bas Rhin et de la Moselle.



Société d'Assurance Mutuelle à cotisations variables
6 bd de l'Europe – BP 3169 – 68063 MULHOUSE Cedex
www.malj.fr
Entreprise régie par le Code des Assurances
Fondatrice du Groupe des Assurances Mutuelles de l'Est (GAMEST)