

MUTUELLE SANTE

Conditions Générales Valant Notice D'information

MUTUELLE SANTE est un contrat d'assurance de groupe à adhésion individuelle et facultative portant le n° CSCGMJMS02.17. Il est conclu entre **L'Association MUTUELLE ET SOLIDARITE**, dénommé le **souscripteur***, et la **MUTUELLE ALSACE LORRAINE JURA**, Société d'Assurance Mutuelle régie par le code des assurances, dénommée **l'Assureur*** dont le siège est 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 MUTUELLE ET SOLIDARITE au moins deux mois avant la date de résiliation.

MUTUELLE SANTE est ouvert aux **adhérents*** de l'Association MUTUELLE ET SOLIDARITE.

L'adhésion à **MUTUELLE SANTE** 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 **MUTUELLE SANTE** ainsi que son adaptation aux évolutions sociales et techniques sont réalisées paritairement par les représentants de L'Association MUTUELLE ET SOLIDARITE et ceux de la **MUTUELLE ALSACE LORRAINE JURA** conformément à l'article L 141-6 du Code des Assurances. Le contrat est solidaire et responsable en application de l'article L871-1 du Code de la Sécurité Sociale.

MUTUELLE SANTE 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 la formule de garanties que vous aurez choisie sur la demande d'adhésion ainsi que le montant des cotisations correspondantes.

SOMMAIRE

1. DEFINITIONS

2. Vos Garanties

2.0 Objet De Vos Garanties

2.1 Soins Courants

2.2 Hospitalisation*

2.3 Prévention

2.4 Dentaire

2.5 Optique

2.6 Aides Auditives

3. RISQUES EXCLUS OU LIMITES

4. ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

5. DELAIS D'ATTENTE

6. LOI MADELIN

7. REGLEMENT DES PRESTATIONS

8. DATE D'EFFET DE L'ASSURANCE

9. DUREE DE L'ADHESION

10. CESSATION DES GARANTIES

11. LES COTISATIONS

11.1 Le Calcul De La Cotisation

11.2 Le Paiement De La Cotisation

11.3 La Révision De La Cotisation

12. SANCTIONS

13. PRESCRIPTION*

14. SUBROGATION*

15. LITIGES

16. FACULTE DE RENONCIATION

17. RECLAMATIONS

17.1 Définition De La Réclamation

17.2 L'exercice et le traitement des réclamations

18. PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

18.1 Responsabilité Des Traitements

18.2 Finalités Et Bases Des Traitements

18.3 La Communication Des Données Personnelles

18.4 Lieu Des Traitements Et Hébergement Des Données Personnelles

18.5 Durée De Conservations Des Données Personnelles

18.6. Exercice Des Droits

L'adhésion est ouverte aux personnes âgées de 65 ans au 31 décembre de l'année de souscription et a pour objet de garantir le remboursement de vos dépenses de santé dans les conditions et limites définies ci-après.

1. DEFINITIONS :

Afin de faciliter la compréhension de vos garanties vous trouverez ci-après un lexique des termes spécifiques utilisés dans les présentes Conditions Générales.

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.

ADHERENT/ ASSURE : L'**Adhérent*** est la personne physique membre de l'Association souscriptrice et nommément désignée au certificat d'adhésion qui régularise ledit certificat et s'engage au paiement des cotisations dues.

ANNEE 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 MUTUELLE ALSACE LORRAINE JURA

AUXILIAIRES MEDICAUX : 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 : une référence à ce terme peut être faite sous l'acronyme « BR ». Il s'agit des tarifs servant de base aux remboursements du **Régime Obligatoire*** de l'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.

BENEFICIAIRE : personne identifiée dans le certificat d'adhésion comme **beneficiaire*** des garanties prévues au contrat. Le **beneficiaire*** doit impérativement être affilié à un **Régime Obligatoire*** d'assurance maladie français.

DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE (DPTAM) : appellation regroupant les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales prévus par les conventions nationales mentionnées à l'article L162-5 du Code de la Sécurité Sociale. Sont notamment visés les dispositifs anciennement désignés Contrat d'Accès aux Soins (CAS) et nouvellement dénommés Options Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM et OPTAM-CO) dont les définitions sont intégrées au présent lexique.

DEPASSEMENT D'HONORAIRES : Somme qu'un professionnel de santé facture au-delà de la **base de remboursement*** de la Sécurité Sociale.

ECHANCE ANNUELLE : la date indiquée sous ce titre aux 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

FAIT GENERATEUR : le fait générateur de la prestation correspond à la date d'exécution des soins et/ou actes médicaux ou date d'acquisition des dispositifs et appareillages le cas échéant.

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER : représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation* dans la mesure où cette dernière dure au moins 24 heures.

FRAIS DE SEJOUR : Frais facturés par un établissement hospitalier au titre de certaines dépenses et services mis à disposition du patient pendant la période d'hospitalisation*.

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 minimale

comprend une nuit complète. L'hospitalisation* à domicile et l'hospitalisation* de jour sont assimilées aux soins médicaux courants.

LPP : Liste des Produits et Prestations remboursables. Liste fixée réglementairement pour définir l'ensemble des prestations et des produits qui font l'objet d'un remboursement du Régime Obligatoire.

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 : Options Pratiques Tarifaires Maîtrisées. Désigne un contrat signé entre l'Assurance Maladie et les médecins conventionnés de secteur 2 visant l'encadrement des montants d'honoraires

OPTAM-CO : Options Pratiques Tarifaires Maîtrisées Chirurgie Obstétrique. Désigne un contrat signé entre l'Assurance Maladie et les médecins de spécialité « chirurgie-gynécologie obstétrique » conventionnés en secteur 2 visant l'encadrement des montants d'honoraires.

PARCOURS DE SOINS : désigne le parcours coordonné défini par la loi. Au titre de ce parcours, la consultation préalable du médecin traitant est obligatoire pour le recours à tout autre médecin (sauf exceptions limitativement énumérées par la loi). Le non-respect du **parcours de soins*** peut entraîner la majoration du **ticket modérateur*** et le non remboursement d'éventuels **Dépassement d'honoraires*** au titre du présent contrat.

PARTICIPATION FORFAITAIRE : montant restant à la charge de l'assuré social au titre des actes et consultations médicaux, réalisés par un médecin de ville, un établissement de santé hors le cas d'hospitalisation*, les actes de biologie médicale et de radiologie.

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

PRESTATION : intervention financière de l'Assureur lorsque les soins, actes médicaux et acquisition d'équipements médicaux correspondent à un fait générateur garanti par le présent contrat.

PRIX LIMITE DE VENTE : montant de facturation maximal d'un produit de santé tel que défini par le Comité Economique des Produits de Santé.

REGIME OBLIGATOIRE : Régime d'assurance maladie français, habituellement désigné par l'appellation « Sécurité Sociale ».

SINISTRE : **accident*** ou maladie, fait générateur de la garantie.

SOUSCRIPTEUR : l'Association MUTUELLE ET SOLIDARITE, 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.

TABLEAU DES GARANTIES : tableau récapitulatif des conditions maximales de remboursement en fonction de la nature des soins engagés et de la formule de garantie retenue. Le tableau de garanties fait partie intégrante du contrat.

TICKET MODERATEUR : Différence entre la **base de remboursement*** de la Sécurité Sociale et le montant effectivement remboursé par celle-ci. La **participation forfaitaire*** n'est pas prise en compte dans le calcul du **ticket modérateur***.

2. VOS GARANTIES

2.0 OBJET DES GARANTIES

Il est rappelé que l'adhésion est ouverte aux personnes âgées de 65 ans au 31 décembre de l'année de souscription.

L'adhésion a pour objet le remboursement des frais de santé engagés par les **bénéficiaires*** assurés dans la limite des frais réellement engagés et de la formule de garanties retenue et mentionnée au certificat d'adhésion.

Le détail des conditions de remboursement, fonction de la formule retenue, figure dans le **tableau de garanties*** annexé aux présentes conditions générales

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

Le présent contrat répond à la réglementation en vigueur relative aux contrats dits « solidaires et responsables » tels que définis à l'article L871-1 du Code de la Sécurité Sociale et de l'ensemble des textes législatifs et réglementaires s'y rapportant. A ce titre, inclus les dispositions relatives au dispositif « 100% SANTE ».

Du fait de son caractère « responsable », les garanties du présent contrat :

- S'appliquent sous réserve du respect du **parcours de soins***. Dès lors, les majorations du **ticket modérateur*** appliquées ainsi que les dépassements d'honoraires facturés dans le cadre de ce non-respect du **parcours de soins*** seront exclues.
- Ne peuvent pas s'appliquer à la **participation forfaitaire*** et à la franchise appliquée par l'assurance maladie et qui restent par conséquent définitivement à votre charge.

Les garanties du contrat pourront être modifiées pour répondre aux obligations du contrat « responsable » dans les conditions prévues à l'article L112-3 du Code des Assurances.

DEFINITION DES GARANTIES

Le tableau des garanties ci-après définit les conditions de remboursement en fonction de formule que vous avez retenue au Certificat d'Adhésion.

2.1 SOINS COURANTS

Sont garantis sous condition expresse de leur prise en charge préalable par le Régime Obligatoire* :

- ✓ Les honoraires médicaux suite aux consultations, visites et soins réalisés par les médecins généralistes et spécialistes.
 - En cas de **Dépassement d'honoraires***, leur prise en charge variera en fonction de l'adhésion ou non du professionnel de santé à un **Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée***
- ✓ Les frais d'analyse et d'examen en laboratoire
- ✓ Les frais de radiologie
 - En cas de **Dépassement d'honoraires***, leur prise en charge variera en fonction de l'adhésion ou non du professionnel de santé à un **Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée***
- ✓ Les médicaments
- ✓ Les prothèses non dentaires et appareillages hors auditif
- ✓ Les honoraires des auxiliaires médicaux*
- ✓ Les frais de transport hors hospitalisation*
- ✓ Les frais liés à des soins prodigués à l'étranger

Certaines dépenses de santé, non prise en charge par le **Régime Obligatoire*** peuvent néanmoins faire l'objet d'un remboursement en fonction de la formule de garantie que vous avez retenue au certificat d'adhésion. Il s'agit :

- De la prime de naissance réservée à nos assurées : cette prestation est versée sous condition de l'affiliation de l'enfant au présent contrat
- Des actes de médecines douces dispensés par un professionnel habilité et diplômé en France pour les disciplines limitativement énumérées soit : l'ostéopathie, l'homéopathie, la chiropractie, l'acupuncture, la microkinésithérapie, l'étiopathie et la diététique.

2.2 HOSPITALISATION*

Les garanties s'appliquent au titre de l'hospitalisation* dans des établissements de santé publics ou privés à l'exclusion des établissements médico-sociaux, maisons de retraite ou établissement de soins de longue durée visés à l'article 3 ci-après.

Sont garantis sous condition expresse de leur prise en charge préalable par le Régime Obligatoire* :

- ✓ Les honoraires et actes médicaux, chirurgicaux et obstétriques

En cas de **Dépassement d'honoraires***, leur prise en charge variera en fonction de l'adhésion ou non du professionnel de santé à un **Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée***

- ✓ Les **Frais de séjour*** en établissement hospitalier conventionné. En cas d'hospitalisation dans un établissement hospitalier non conventionné, la prise en charge des frais de séjour se fera à hauteur du ticket modérateur sur la base du tarif d'autorité.
- ✓ Le **Forfait journalier hospitalier*** en établissement conventionné ou non
- ✓ Les frais de transports

Peuvent également être partiellement pris en charge par l'allocation d'un forfait et sous réserve de la formule de garantie que vous avez retenue au certificat d'adhésion, les frais non pris en charge par **Régime Obligatoire*** suivants :

- ✓ Chambre particulière en cas de d'hospitalisation* d'un minimum de 24H
- ✓ Lit d'accompagnement pour l'hospitalisation* des enfants de moins de 12 ans

2.3 PREVENTION

Sont garantis les actes de prévention ci-dessous énumérés sous réserve de leur prescription, de leur remboursement par le **Régime Obligatoire*** et dans les limites fixées au tableau de garantie :

- ✓ Pilule microdosée ou préservatifs
- ✓ Vaccin antigrippal
- ✓ Substituts nicotiques
- ✓ Dépistage de l'ostéoporose

2.4 DENTAIRE

2.4.1 LES SOINS DENTAIRES ET LES OBTURATIONS INLAY/ ONLAY ET OVERLAY

Ces soins sont garantis sous réserve de leur prise en charge par le **Régime Obligatoire*** et selon la formule de garantie que vous avez retenue au certificat d'adhésion.

2.4.2 PROTHESES

L'évolution de la réglementation des « contrats responsables » prévoit pour les prothèses 3 paniers distincts, soit le panier « 100% Santé », le panier

« tarifs maîtrisés » et le panier « tarifs libres ». Vos garanties suivront les évolutions de cette réglementation qui entre en vigueur en 2 phases s'agissant de votre contrat, une première au 1^{er} janvier 2020, la seconde au 1^{er} janvier 2021. Votre contrat s'adaptera automatiquement à ces évolutions sans qu'une modification des présentes conditions générales soit rendue nécessaire.

- Le panier « 100% santé »

Pour les prothèses définies réglementairement comme entrant dans le dispositif « 100% santé » dans lequel l'objectif est d'aboutir à ce que vous n'avez aucun reste à charge, nous interviendrons à hauteur du prix limite de facturation après remboursement du **Régime Obligatoire***.

- Les prothèses des paniers « tarifs maîtrisés » et « tarifs libres »

Pour les prothèses faisant partie des paniers « tarifs maîtrisés » et « tarifs libres » la garantie s'applique après remboursement du **Régime Obligatoire*** et selon la formule de garantie que vous avez retenue au certificat d'adhésion, dans les limites fixées par la réglementation sur le « contrat responsable ».

2.4.3 ORTHODONTIE ET IMPLANTOLOGIE

- Soins d'orthodontie remboursés par le **Régime Obligatoire*** :

La garantie s'applique après remboursement du **Régime Obligatoire*** et selon la formule que vous avez retenue au certificat d'adhésion.

Les remboursements du Régime Obligatoire s'effectuant par « semestres » dans le cadre de l'orthodontie, en cas de résiliation du contrat en cours de semestre, notre participation interviendra au prorata de la période assurée.

- Soins d'orthodontie et d'implantologie non remboursés par le **Régime Obligatoire***

Ces soins pourront faire l'objet de l'allocation du « Forfait Plus » défini au point 2.4.5 ci-après sous réserve de la formule de garantie que vous avez retenue au certificat d'adhésion.

2.4.4 FORFAIT PLUS 3 ANS

S'il est prévu dans la formule de garantie que vous avez retenue au certificat d'adhésion, un forfait complémentaire vous sera acquis après 3 années d'adhésion révolues pour les prothèses, implants ou orthodontie qu'ils soient remboursés ou non par le **Régime Obligatoire***, dans la limite de vos dépenses réelles.

Le montant de ce forfait est déterminé le cas échéant en fonction de la formule de garantie retenue au certificat d'adhésion.

2.5 OPTIQUE

L'évolution de la réglementation des « contrats responsables » prévoit pour l'optique et à compter du 1^{er} janvier 2020, 2 classes d'équipements (équipement= monture + 2 verres) soit des équipements de Classe A et des équipements de Classe B.

Les équipements de Classe A correspondent aux verres et montures expressément désignés par la réglementation (désignation des équipements sur la Liste des Produits et Prestations ou LPP) comme relevant du panier « 100% santé ». Pour ce panier, l'objectif est d'aboutir à que vous ne supportiez aucun reste à charge après le remboursement du **Régime Obligatoire*** et celui effectué par nos soins.

Les équipements de Classe B correspondent aux équipements en tarifs libres.

- **Renouvellement des équipements (toutes classes d'équipement) :**

Pour les adultes et les enfants de plus de 16 ans, le nombre d'équipement est limité à 1 équipement par période de deux ans, le point de départ du délai étant le jour de facturation dudit équipement. Des cas de renouvellement anticipés existent cependant et sont ceux prévus à l'article L165-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Pour les enfants de moins de 16 ans, un renouvellement d'1 équipement tous les ans est possible sous condition d'une justification d'évolution de la vue.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement d'un équipement peut être envisagé au terme d'une période de 6 mois dans le strict cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage qui aurait pour conséquence une perte d'efficacité des verres correcteurs.

2.5.1 EQUIPEMENT RELEVANT DE LA CLASSE A « 100% SANTE »

Pour les équipements relevant de la Classe A définies réglementairement comme entrant dans le dispositif « 100% santé », la garantie s'applique à hauteur du **Prix Limite de Vente*** après remboursement du **Régime Obligatoire***.

Lorsque cet équipement de classe A comporte deux verres dont les indices de réfraction sont différents, une prestation d'appariage est nécessaire. La garantie

s'applique également pour cette prestation à hauteur du **Prix Limite de Vente*** après remboursement du **Régime Obligatoire***.

Dans le cadre du dispositif « 100% Santé », le montant de la prise en charge de la monture

2.5.2 EQUIPEMENT RELEVANT DE LA CLASSE B « Tarifs Libres »

Pour les équipements relevant de la Classe B soient ceux relevant de tarifs libres, la garantie s'applique, en fonction de la complexité des verres, après remboursement du **Régime Obligatoire*** et selon la formule que vous avez retenue au certificat d'adhésion étant précisé que toutes les formules comprennent à minima la prise en charge du **ticket modérateur*** et respectent les conditions de planchers et plafonds de la réglementation sur le « contrat responsable ».

Au titre de la réglementation du « contrat responsable » la prise en charge de la monture ne peut excéder 100€.

- **Situation de panachage :** Le dispositif « 100 santé » prévoit la possibilité de vous équiper d'une monture de la Classe A et de verres relevant de la Classe B et inversement.

Dans ce cas les verres ou la monture de Classe A feront l'objet d'une prise en charge à hauteur du Prix Limite de Vente après remboursement du **Régime Obligatoire*** et les verres ou la monture de Classe B seront pris en charge selon la formule retenue au certificat d'adhésion et après remboursement du **Régime Obligatoire*** dans la limite des frais réels.

- **Classification des équipements**

VERRES SIMPLES	VERRES COMPLEXES
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries ✓ Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur à +4,00 dioptries ✓ Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère+cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 et +6,00 dioptries ✓ Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ✓ Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptries ✓ Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ✓ Verres multifocaux et progressifs

Un équipement est qualifié « d'équipement simple » lorsqu'il comprend une monture + 2 verres simples.

Un équipement est qualifié « d'équipement complexe » lorsqu'il comprend une monture + 1 verre simple + 1 verre complexe.

Un équipement est qualifié « d'équipement très complexe » lorsqu'il comprend une monture + 2 verres complexes.

2.5.3 LENTILLES DE CONTACT

La garantie s'applique, que les dispositifs soient remboursés ou non par le **Régime Obligatoire***, par l'application du forfait annuel lequel est fonction de la formule de garantie retenue au certificat d'adhésion.

2.5.4 FORFAIT PLUS

S'il est prévu dans la formule de garantie que vous avez retenue au certificat d'adhésion, un forfait annuel complémentaire vous sera acquis après 3 années d'adhésion révolues en complément de vos garanties « OPTIQUE » telles que définies ci-avant. Ce forfait pourra également être mobilisé en cas d'opération de la myopie. Le montant de ce forfait est déterminé le cas échéant en fonction de la formule de garantie retenue au certificat d'adhésion.

2.6 AIDES AUDITIVES

L'évolution de la réglementation du contrat responsable visant le dispositif « 100% santé » prévoit plusieurs étapes. Vous trouverez donc ci-après le détail de vos garanties en fonction des dates d'entrée en vigueur des nouvelles dispositions.

- Vos garanties « Aides Auditives » du 1/01/2020 au 31/12/2020

La garantie s'applique après remboursement du **Régime Obligatoire*** et selon la formule que vous avez retenue au certificat d'adhésion.

- Vos garanties « Aides Auditives » à compter du 1/01/2021

A compter du 1/01/2021 la réglementation prévoit une prise en charge différenciée des aides auditives en fonction de deux classes, soit la Classe I et la Classe II.

Les équipements de Classe I correspondent aux aides auditives expressément désignées par la réglementation (désignation des équipements sur la Liste des Produits et Prestations ou LPP) comme relevant du panier « 100% santé ». Pour ce panier, l'objectif est d'aboutir à que vous ne supportiez aucun reste à charge après le remboursement du **Régime Obligatoire*** et celui effectué par nos soins.

Les équipements de Classe II correspondent aux équipements en tarifs libres.

Quelle que soit la classe de l'équipement, la prise en charge s'effectuera dans la limite de 1 équipement par oreille tous les 4 ans, le point de départ de la période correspondant à la date de facturation dudit équipement.

- **Prise en charge des équipements de classe I**

Pour les équipements relevant de la Classe I définis réglementairement comme entrant dans le dispositif « 100% santé », la garantie s'applique à hauteur du **Prix Limite de Vente*** après remboursement du **Régime Obligatoire***.

- **Prise en charge des équipements de classe II :**

La garantie s'applique après remboursement du **Régime Obligatoire*** et selon la formule que vous avez retenue au certificat d'adhésion.

3 LES RISQUES EXCLUS OU LIMITES

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, à l'exception de ceux pour lesquels cette condition n'est pas requise dans le détail des garanties au point 2 des présentes Conditions Générales.
- Les soins, consultations et hospitalisations consécutives à des affections mentales, psychiques ou psychiatriques sont limitées à un remboursement de 100 % du ticket modérateur* et le cas échéant aux Frais de séjour* et au forfait hospitalier.
- Les participations forfaitaires visées à l'article L160-13. II du Code de la Sécurité Sociale
- La franchise forfaitaire annuelle visée à l'article L16013.III du Code de la Sécurité Sociale
- Les dépassements d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soin
- Les dépenses pour les séjours en établissements médico-sociaux, dans les maisons de retraites et unité de soins de longue durée (ex. Maison d'Accueil Spécialisée, Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes etc...)

4 ETENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE

Les garanties s'exercent en France et dans le Monde entier sous réserve de l'intervention préalable en remboursement du **Régime Obligatoire*** français.

5 DELAIS 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 30 jours avant son adhésion à notre contrat de garanties équivalentes ou supérieures auprès d'un autre **Assureur***.

6 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).

7 REGLEMENT DES PRESTATIONS

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 originaux des 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. En cas de conclusions discordantes entre le médecin-expert de l'**Assureur*** et le médecin-expert de l'assuré, il pourra être mis en place une procédure d'arbitrage. En ce cas, l'**Assureur*** proposera au moins deux médecins-experts autres que ceux déjà mandatés, l'assuré ayant la faculté de choisir celui à qui reviendra l'arbitrage. Chaque partie supportera 50% des honoraires de l'arbitre. Les Parties s'engagent à suivre les conclusions de l'arbitre sauf démonstration d'un comportement dolosif ou d'une erreur manifeste.

Le paiement des prestations sera suspendu pendant toute la procédure d'expertise médicale. Les prestations d'ores et déjà versées et qui se révéleraient indues à la suite de l'expertise médicale, feront l'objet d'une demande de remboursement.

Le refus du **bénéficiaire*** de se soumettre à une expertise médicale emportera déchéance des garanties

FORMATION ET VIE DU CONTRAT

8 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.

L'adhésion prend effet à la date convenue entre les parties et 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.

La prise d'effet des garanties est subordonnée à l'acceptation du dossier et à notre confirmation.

En tout état de cause l'adhésion ne peut être reçue que si l'assuré remplit les conditions suivantes :

- Il est domicilié en France métropolitaine
- Il est affilié au régime général de la Sécurité Sociale ou au régime local de l'Assurance Maladie des départements du Bas-Rhin, Haut-Rhin et de la Moselle ou de tout autre organisme d'assurance maladie français.
- Il est âgé de plus de dix-huit ans et respecte les conditions d'âge visées au point 2.1 des présentes Conditions Générales

L'assuré s'engage :

- **A l'adhésion :** l'**adhérent*** et les **bénéficiaires*** assurés doivent, de bonne foi, déclarer toutes les circonstances connues, à l'exception de leur état de santé, 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, à l'exception de celles relatives à son état de santé et qui rendent inexacts ou caduques les réponses faites à l'**Assureur*** dans le formulaire de proposition.

En cas de déclaration inexacte, l'adhésion peut être entachée de nullité conformément aux articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances.

9 DUREE DE L'ADHESION

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 de celle-ci dans les conditions définies au point 10 ci-après.

10 CESSATION DES GARANTIES – RESILIATION

Les garanties prennent fin à la demande de l'assuré :

- **A l'échéance principale** : dans ce cas l'assuré peut demander la résiliation de son adhésion à effet de prochaine échéance principale moyennant l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception au moins 2 mois avant ladite échéance principale.

- **En cas de nouvelle affiliation de l'assuré à un contrat groupe obligatoire** : la demande devra être faite par l'assuré par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception à l'**Assureur*** accompagnée de l'attestation de l'employeur précisant la date d'affiliation au contrat santé de l'entreprise ainsi que son caractère obligatoire. Cette demande devra être adressée dans un délai maximal d'un mois à compter de l'affiliation au contrat collectif obligatoire de l'entreprise et implique impérativement de retourner la carte de tiers payant à l'**Assureur***.

La résiliation sera alors effective au jour de l'affiliation au contrat collectif obligatoire de l'entreprise, sauf si des remboursements ont été effectués après cette date. En pareil cas, la résiliation prendra effet au 1^{er} du mois qui suit le dernier remboursement.

- **En cas d'augmentation des cotisations** : la demande devra être adressée à l'**Assureur*** dans un délai d'un mois à compter de la date de réception de l'avis d'échéance. La résiliation prendra effet au 1^{er} du mois suivant la réception de la résiliation par l'**Assureur***.

- **En cas de modification des garanties** : le contrat collectif auquel vous adhérez peut être modifié par avenant. L'association souscriptrice MUTUELLE ET SOLIDARITE informera ses **adhérents*** des modifications apportées trois mois au minimum avant l'entrée en vigueur de celles-ci. L'assuré dispose de la faculté de résilier son adhésion par lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai de 30 jours à compter de la notification de l'information sur les modifications envisagées.

Par exception, lorsque les modifications ont pour objet la mise en conformité du contrat avec la réglementation du « contrat responsable » (art. L871-1 du Code des Assurances) l'information sur les modifications sera effectuée par l'**Assureur*** dans un délai minimal de 30 jours avant leur entrée en vigueur. A compter de la notification l'assuré dispose d'un délai de 30 jours pour refuser ces modifications par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception. La résiliation prendra alors effet au jour de l'entrée en vigueur des modifications.

Les garanties prennent fin à l'initiative de 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), la résiliation prenant effet 10 jours après de la notification de l'**Assureur***.

- En cas d'aggravation des risques, selon les dispositions de l'article L 113-4 du Code des Assurances. Conformément à l'article 6 de la Loi 89-1009 du 31 décembre 1989, l'aggravation du risque ne peut en aucun cas être lié à l'état de santé. La résiliation prend effet 10 jours après la notification de l'**Assureur***.

- En cas de non-paiement des cotisations conformément aux dispositions de l'article L113-3 du Code des Assurances. A ce titre en cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours après la date d'échéance du paiement, l'**Assureur*** enverra à l'**adhérent*** une lettre recommandée valant mise en demeure. Les garanties seront suspendues 30 jours après cet envoi. Passé ce délai et en l'absence de paiement, l'adhésion sera résiliée sans autre formalité sous un délai de 10 jours.

Les garanties prennent fin à l'initiative de l'Assureur* ou de l'assuré :

- En cas de changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession, de retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité de l'**adhérent*** lorsque le changement rend l'objet de la garantie inapproprié à la nouvelle situation. Conformément à l'article L113-16 du Code des Assurances la faculté de résiliation pour chacune des parties n'est ouverte que pendant 3 mois à compter de l'évènement. Si une partie use de ladite faculté dans ce délai, la résiliation prendra effet 1 mois après que l'autre partie au contrat en a reçu notification.

Les garanties prennent fin de plein droit :

- en cas de retrait d'agrément de l'union de sociétés d'assurance mutuelles dont la **MUTUELLE ALSACE LORRAINE JURA** est adhérente. La résiliation intervient le dixième jour à midi, à compter de la date de publication au Journal Officiel de la décision 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).

- en cas de décès de l'assuré principal. La résiliation prend effet à l'échéance suivant l'information du décès.

- en cas de redressement ou de liquidation judiciaire de l'**Assureur***. La résiliation prendra effet 1 mois à compter de l'envoi de la notification de résiliation par l'**Assureur**, l'administrateur ou le liquidateur.

11 COTISATIONS

11.1 CALCUL DE LA COTISATION

La cotisation est calculée par année civile selon les éléments suivants :

- L'âge de l'assuré
- La zone de domiciliation
- Le régime social de l'assuré ou son statut de travailleur indépendant (voir article 6)
- La formule de garantie retenue au certificat d'adhésion

11.2 PAIEMENT DE LA COTISATION

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.

En cas de défaut de paiement des cotisations ou d'une fraction de cotisation la, procédure décrite à l'article 10 des présentes Conditions Générales pourra être mise en œuvre.

11.3 REVISION 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 conditions décrites au point 10 des présentes Conditions Générales.

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 être si le risque avait été correctement déclaré.

DISPOSITIONS DIVERSES

13 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.

14 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***.

15 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.

16 FACULTE DE RENONCIATION

Dans la mesure où l'assuré a souscrit le présent contrat hors d'une agence du réseau distributeur de la [Mutuelle] et conformément aux dispositions de l'article L 112-9 du Code des assurances, celui-ci dispose alors d'un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de l'émission du certificat d'adhésion précisant la date de prise d'effet des garanties (ledit certificat valant notification de la conclusion de l'adhésion) pour renoncer à son adhésion, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités, sous la seule condition de n'avoir eu connaissance de la survenance d'aucun **sinistre*** mettant en jeu une garantie du contrat à la date de renonciation à l'adhésion. L'Assuré doit alors adresser à [adresse de la Mutuelle], une lettre recommandée avec avis de réception suivant le modèle ci-après : « *Je soussigné M... demeurant au ... renonce à mon adhésion au contrat N° XXX souscrit par l'Association MUTUELLE ET SOLIDARITE auprès de la MUTUELLE ALSACE LORRAINE JURA conformément à l'article L 112-9 du Code des assurances. J'atteste n'avoir eu connaissance à la date d'envoi de cette lettre, d'aucun sinistre* mettant en jeu une garantie du contrat depuis la date de conclusion du contrat. Date... Signature* » Ce délai de renonciation ne peut pas être exercé si des prestations sont engagées

17 RECLAMATIONS

17.1 DEFINITION DE LA RECLAMATION

Une réclamation est une déclaration, qu'elle qu'en soit sa forme, par laquelle l'assuré manifeste un mécontentement envers la Mutuelle sur un ou plusieurs sujets identifiés.

17.2 L'EXERCICE ET LE TRAITEMENT DE LA RECLAMATION

La réclamation peut se faire par écrit ou par oral dans un premier temps à l'interlocuteur habituel de l'assuré.

Celui-ci dispose d'un délai de 10 jours maximum pour en accuser réception et une réponse définitive devra être apportée dans un délai maximum de 2 mois.

Si la réponse de l'interlocuteur habituel n'emporte pas la satisfaction de l'assuré, celui dispose d'un recours interne en adressant sa demande et les pièces justificatives s'y rapportant à l'adresse :

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

Si la réponse apportée par cette instance de recours interne n'est pas de nature à répondre favorablement au mécontentement exprimé, l'assuré pourra saisir le Médiateur.

La Mutuelle MALJ a adhéré à la « Charte de Médiation de l'Assurance ».

L'assuré pourra contacter le Médiateur :

- Par courrier à l'adresse : La Médiation de l'Assurance/ TSA 50110/ 75441 PARIS CEDEX 09
- Par mail à l'adresse : le.mediateur@mediation-assurance.org

- Par formulaire disponible sur le site internet www.mediation-assurance.org

18 PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

18.1. LA RESPONSABILITE DES TRAITEMENTS

Les données personnelles de l'assuré sont collectées et traitées par la **MUTUELLE ALSACE LORRAINE JURA** en sa qualité de responsable de traitement au sens de la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée par le décret 2019-536 du 30 mai 2019.

18.2 FINALITES ET BASE DES TRAITEMENTS

- Gestion de l'adhésion : Les données personnelles de l'assuré sont nécessaires à l'**Assureur*** pour la mise en place de l'adhésion au contrat collectif et sont également recueillies pour permettre l'adhésion à l'association **MUTUELLE ET SOLIDARITE** Les traitements correspondants sont effectués sur la base du contrat

Par ailleurs, certaines données peuvent être collectées dans le cadre de la réglementation à laquelle l'**Assureur*** est soumis et notamment la Lutte contre le Blanchiment et le Financement du Terrorisme. Les traitements correspondants sont effectués sur la base des lois et des règlements.

- Exécution des prestations : Les données personnelles de l'assuré sont également traitées pour l'exécution des prestations sur la base du contrat. Les données de santé qui peuvent être recueillies à cet effet sont couvertes par le secret médical.

- Connaissance de l'assuré : certaines données pourront être collectées pour permettre à la Mutuelle de mieux cerner les attentes de l'assuré et lui apporter des propositions et / ou des services complémentaires. Lorsque la collecte et/ ou le traitement de ces données s'envisage à des fins commerciales, le consentement exprès de l'assuré sera recueilli.

18.3 LA COMMUNICATION DES DONNEES PERSONNELLES

Les données personnelles de l'assuré sont prioritairement traitées par l'**Assureur***. Toutefois pour besoins des traitements liés à la mise en place de l'adhésion ou l'exécution des prestations, ces données pourront également être transmises à différents organismes, tels que les réassureurs, courtiers partenaires, organismes sociaux, professionnels de santé et autres sous-traitants et prestataires éventuels, sous réserve du contrôle de leur respect préalable des dispositions de la Loi Informatique et Libertés

18.4 LIEU DES TRAITEMENTS ET HEBERGEMENT DES DONNEES PERSONNELLES

Les données personnelles sont exclusivement traitées et hébergées en France et en tout état de cause sur le territoire de l'Union Européenne. Si pour une raison quelconque, cette situation venait à être modifiée, l'**Assureur*** s'engage à vérifier au préalable des mécanismes de garantie du respect, par le prestataire concerné, des **prescriptions*** du Règlement Européen UE N°2016-679 (BCR, adéquation etc...)

18.5 DUREE DE CONSERVATION DES DONNEES PERSONNELLES

- Les données de prospection : dans la mesure où la proposition d'assurance n'aboutit pas à la régularisation d'une adhésion, les données personnelles seront conservées pour un maximum de 3 ans à compter du dernier contact avec le prospect, délai à l'issue duquel lesdites données seront détruites ou anonymisées.

- Les données liées à la mise en place de l'adhésion et l'exécution des prestations : les données seront conservées tout au long de la vie de l'adhésion. A l'issue elles seront conservées pendant les délais de **prescription*** applicables puis détruites ou anonymisées.

18.6 EXERCICE DES DROITS

L'assuré dispose des droits de rectification, d'accès, de portabilité de ses données, de donner ses instructions au responsable de traitement sur le sort de ses données après son décès et sous certaines conditions, d'un droit d'opposition, de limitation des traitements et d'effacement de ses données.

Ces droits peuvent être exercés en adressant une demande, accompagnée d'un justificatif d'identité à :

- **MUTUELLE ALSACE LORRAINE JURA – 6 boulevard de l'Europe – 68063 BP 3169 - MULHOUSE cedex - contact@malj.fr et/ou N°03 89 35 49 49**

L'assuré conserve la possibilité d'adresser directement une réclamation à la Commission Nationale Informatique et Libertés à l'adresse CNIL/ 3 place Fontenoy/ TSA 80715/ 75334 PARIS CEDEX 07 ou sur son site internet www.cnil.fr.

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.

A. CADRE DES GARANTIES D'ASSISTANCE

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 SPECIQUES 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.

B. 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.

C. 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 cardio-vasculaires ... ;
- **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 2^{ème} 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 antérieures 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 (Prévifil) 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 surveillance 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.

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 :

Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

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.

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

- 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.



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

BON A SAVOIR

Votre Mutuelle est une entreprise d'assurances de droit français dont les activités sont contrôlées par l'**Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (A.C.P.R.)** - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09.

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)