

NOTICE D'INFORMATION

RELATIVE AU CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCE A ADHESION FACULTATIVE

ACTIONIOM MCMS N° 2017 / 005

Souscrit par l'association **ACTIOM - 8 avenue Roger LABEPIE - 33140 Villenave**- ci-après dénommée « la Contractante »,

Après de : **Mutuelle de l'Île de la Cité, 37/39 rue de l'Amiral Mouchez-75013 Paris**, Mutuelle régie par les dispositions du livre II du code de la mutualité, inscrite au RNM sous le numéro : 784 238 982, ci-après dénommée : « la Mutuelle ».

La **gestion de l'adhésion** au contrat, par délégation de la Mutuelle, est effectuée par **PAVILLON PREVOYANCE** –centre de gestion – 90 Avenue Thiers CS 21004 33072 BORDEAUX CEDEX, ci-après dénommé **PAVILLON PREVOYANCE** ou le délégataire

LEXIQUE

Pour faciliter la lecture des différents documents relatifs à l'adhésion au contrat, définition de certains termes utilisés

Accident : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Adhérent : Personne physique légalement majeure, membre de l'Association **ACTIOM**, qui signe le bulletin d'affiliation, acquitte les cotisations et fait ainsi accéder aux garanties du contrat. Elle est responsable de la déclaration du risque et des obligations définies au contrat.

Age : L'âge est calculé par différence de millésimes, entre l'année de l'adhésion en cours considérée et l'année de naissance. *Exemple : Un assuré souscrivant son adhésion à compter du 1^{er} février 2017 né le 2 août 1977, sera considéré avec un âge de 40 ans (2017 – 1977 = 40), et lors du renouvellement de son adhésion au 1^{er} janvier 2018, avec un âge de 41 ans en 2018.*

Année d'assurance : Pour l'année de la souscription, cela correspond à la période entre la date d'effet de l'adhésion indiquée sur l'appel de cotisation valant certificat d'adhésion et le 31 / 12 de la même année. Pour les années suivantes, l'année d'assurance correspond à l'année civile.

Appel de cotisation : Document émis par le Service Gestion de PAVILLON PREVOYANCE en réponse au bulletin d'affiliation qui précise l'ensemble des éléments individualisant l'adhésion au contrat. Il mentionne notamment le nom de l'adhérent et des personnes assurées, la date d'effet de la garantie, la formule de garantie souscrite, la date d'échéance, le montant de la cotisation à la date d'effet de la garantie. Par la suite, ce document sera adressé 1 mois avant l'échéance principale.

Assuré : La (ou les) personne(s) garantie(s) dans le cadre de l'adhésion selon la formule souscrite.

Avenant : Modification du contrat et document matérialisant celle-ci.

Base de remboursement de la Sécurité Sociale (BR) : Tarif sur la base duquel est calculé le remboursement effectué par le Régime obligatoire de Sécurité Sociale Française dont relève l'assuré. Ce tarif peut varier selon que le praticien est conventionné ou non conventionné. On parle de :

- Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession.

- Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.

- Tarif de Responsabilité (TR) pour les médicaments et autres biens médicaux.

Conclusion de l'adhésion : L'adhésion est conclue par l'accord entre l'Adhérent et la Mutuelle. La date d'effet est indiquée sur l'appel de cotisation valant certificat d'adhésion.

Conjoint : Est considéré comme Conjoint l'époux ou l'épouse de l'Adhérent, non divorcé(e), ni séparé(e) de corps judiciairement, son cosignataire d'un pacte civil de solidarité en vigueur au cours de l'adhésion ou son (sa) concubin(e) notoire.

Contrat d'Accès aux Soins (CAS) : Contrat souscrit sur la base du volontariat et proposé aux médecins titulaires d'un droit de dépassement d'honoraires par lequel ils s'engagent à ne pas dépasser un taux moyen de dépassement d'honoraires. Il a pour objectif de favoriser l'accès aux soins des patients en leur permettant d'obtenir un meilleur remboursement des consultations et actes médicaux. A compter du 01/01/2017 et selon les dispositions de la loi n° 2016-1827 du 23 Décembre 2016, le CAS fait place à l'OPTAM et l'OPTAM-CO. Les garanties faisant référence au CAS visent désormais l'OPTAM et l'OPTAM-CO.

Couple : Est considéré comme couple, l'Adhérent et son conjoint.

Date anniversaire du contrat : date qui correspond à la date d'échéance principale.

Déchéance (perte de garantie) : Perte des droits à l'indemnité d'assurance de l'adhérent ou de l'assuré à la suite de l'inobservation de certaines de ses obligations en cas de sinistre.

Dépassement d'honoraires : Partie des honoraires dépassant la base remboursement du Régime obligatoire.

Echéance principale : 1^{er} janvier de chaque année, date à laquelle se renouvelle l'adhésion.

Enfant à charge : Il s'agit du ou des enfants fiscalement à charge de l'adhérent, ou à celle de son conjoint. Ils doivent être obligatoirement affiliés au contrat avant leur 18^{ème} anniversaire. La garantie cessera à leur égard, au plus tard à la fin de l'année suivant leur 25^{ème} anniversaire s'ils poursuivent des études. A compter de 18 ans les enfants peuvent continuer à être assurés dans le cadre de l'adhésion de l'adhérent moyennant l'acquiescement d'une cotisation spécifique.

Etablissements médico-sociaux :

Etablissement assurant des soins et une éducation spéciale ou professionnelle au profit des personnes âgées, des adultes ou enfants handicapés et des personnes sans domicile.

Forfait annuel : Lorsque les montants de remboursements sont exprimés sous la forme de forfaits, ces forfaits sont valables par année d'assurance et par assuré. Ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

France : Il s'agit de la France Métropolitaine, de la Martinique, de la Guadeloupe, de St Martin, de St Barthélemy, de la Guyane, de la Réunion, et de Mayotte.

Garantie : elle correspond aux prestations assurées dans le cadre de la formule retenue qui forment un tout indissociable et constituent ainsi la garantie.

Long séjour : Unité pour les personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

Médicaments non remboursés : Pour l'application des garanties prévoyant des forfaits pour médicaments prescrits non remboursés, seuls sont pris en charge les médicaments définis comme tel dans le « dictionnaire VIDAL »

Moyen séjour – Soins de suite ou réadaptation (SRR) : Unité pour les patients nécessitant des soins à leur rétablissement dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale

Nous : Désigne la Mutuelle.

Parcours de soins : Tout assuré social ou ayant-droit âgé de plus de 16 ans doit désigner un médecin traitant, qui peut être un médecin généraliste ou un médecin spécialiste. Celui-ci centralise les informations sur son patient et l'orientera vers un spécialiste au besoin. Cette démarche assure un remboursement optimal des soins médicaux. A condition d'avoir déclaré un médecin traitant, il est possible de consulter directement certains spécialistes sans recourir à une prescription préalable du médecin traitant. Il s'agit des médecins exerçant les spécialités suivantes : l'Ophtalmologie, la Gynécologie, la Psychiatrie et Neuro Psychiatrie jusqu'à 25 ans, le Dentaire (sauf stomatologie dans certains cas) et la Pédiatrie pour les enfants de moins de 16 ans. Le patient qui décide de recourir à des soins ou à des professionnels de santé en s'abstenant de solliciter son médecin traitant, lorsque la réglementation l'impose, s'expose à une baisse de ses remboursements par son Régime Obligatoire et par le présent contrat.

Plafond annuel de remboursement : Seuil limite annuel de la prise en charge par la Mutuelle d'une dépense pour un type d'acte. Le plafond s'entend par année d'assurance, et ne peut être ni reporté ni cumulé d'une année sur l'autre. Il est précisé que pour la 1^{ère} année d'assurance, le calcul est effectué par mois en déterminant le plafond mensuel au prorata du plafond annuel.

Régime obligatoire (RO) : C'est le régime obligatoire d'assurance maladie de Sécurité sociale Française dont relève l'adhérent ou l'assuré.

Ticket modérateur : Différence entre les tarifs de base (TC, TA, BR, TR) pris en compte par le régime obligatoire et le remboursement effectué par ce dernier.

Vous : Désigne l'Adhérent.

PREAMBULE

Chaque adhésion est régie par les dispositions qui figurent dans les documents remis et par le code de la Mutualité et notamment son livre II. La loi applicable est la loi française. En accord avec l'Association **ACTIOM**, la langue française est la langue utilisée pendant toute la durée de l'adhésion,

Les documents remis sont les suivants :

La Notice d'information qui définit les garanties prévues par le contrat et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Cette notice précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

L'appel de cotisation valant certificat d'adhésion en réponse au bulletin d'affiliation qui précise l'ensemble des éléments individualisant l'adhésion au contrat. Il mentionne notamment le nom de l'adhérent et des personnes assurées, la date d'effet de la garantie, la formule de garantie souscrite, la date d'échéance, le montant de la cotisation à la date d'effet de la garantie.

Le tableau des garanties qui précise les dépenses de santé couvertes et le montant de la prestation correspondante.

ART.1 - OBJET DU CONTRAT

Le contrat **ACTIOM MCMS** a pour objet de permettre à l'adhérent de bénéficier, durant la période de validité de son adhésion, du remboursement de ses dépenses de santé suite à maladie, accident ou hospitalisation. Cette garantie peut être étendue au conjoint de l'adhérent et aux enfants à charge, tels que définis dans le Lexique du présent contrat.

ART.2 - NATURE DES GARANTIES DU CONTRAT

Le tableau de garanties et la notice d'information remis aux adhérents précisent la nature des garanties offertes :

Garanties « contrat solidaire » :

L'accès au contrat et à ses garanties est acquis quel que soit l'état de santé de l'adhérent, qui n'aura pas à répondre à un questionnaire de santé.

Garanties « contrat responsable » :

2.1 : Contrat responsable

Les différentes formules de garantie respectent l'ensemble des dispositions fixées par les articles L.871-1 et R.871-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale et leurs textes d'application relatives aux contrats responsables.

A ce titre, conformément à la législation en vigueur relative aux contrats responsables, les différentes formules de garantie prennent en charge :

- L'intégralité de la participation des assurés (c'est-à-dire du Ticket Modérateur) définie à l'article R.160-5 du Code de la sécurité sociale, à l'exception de celle due au titre des prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° du même article (sauf si la prise en charge est expressément prévue dans la formule de garantie souscrite) et sous réserve des périodicités de prise en charge fixées aux articles 2.3 et 2.5 ci-après.

Est également prise en charge, la participation forfaitaire de 24 euros prévue au I de l'article R.160-16 du Code de la sécurité sociale.

- L'intégralité du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L.174-4 du Code de la sécurité sociale sans limitation de durée. Cette obligation concerne uniquement le forfait journalier facturé par les établissements de santé et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

Sont également prises en charge, dans le cadre de la réforme du « 100% Santé », selon les conditions et modalités définies ci-après, les dépenses d'acquisition des équipements d'optique médicale, des aides auditives et les frais de soins dentaires prothétiques.

2.2 : Réforme 100% Santé

• Définition :

Cette réforme a notamment pour objet de permettre aux assurés de bénéficier d'une prise en charge renforcée par la Sécurité sociale et les organismes assureurs complémentaires pour **certaines actes et équipements dans le domaine de l'optique, des aides auditives et des soins dentaires prothétiques**. Ces derniers sont définis au sein d'un panier de soins spécifique à chaque domaine, déterminé par voie réglementaire.

La réforme du « 100 % Santé » est mise en œuvre à travers la réglementation relative aux contrats responsables.

Le présent contrat respecte l'ensemble des règles relatives aux contrats responsables et propose donc des garanties couvrant les actes et équipements relevant des paniers de soins sans reste à charge (« 100 Santé ») définis par la réglementation :

- équipements de classe A en optique,
- équipements de classe 1 pour les aides auditives
- actes pour lesquels l'entente directe est limitée et sans reste à charge pour les frais dentaires prothétiques.

• Prix Limite de vente (PLV) :

Prix maxima que les professionnels peuvent pratiquer pour les actes et soins qui composent le panier de soins « 100% santé » dans les secteurs de l'optique et l'audiologie tels que définis à la liste des produits et prestations remboursables par la sécurité sociale, prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale (LPP).

• **Honoraires limites de facturation (HLF) :**

Honoraires limites de facturation des actes et prestations effectués par les chirurgiens-dentistes, définis en annexe de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie du 21 juin 2018 modifiée.

• **Listes des actes, produits et prestations remboursables :**

Ces listes prévues aux articles L.165-1 (LPP) et L.162-1-7 (LAP) du code de la sécurité sociale déterminent les actes, produits et prestations dont le remboursement est pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie. Ces listes distinguent plusieurs classes d'actes et de produits au sein d'une même catégorie de prestations (optique, aide auditive, soins dentaires prothétiques), l'une d'elles faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (« 100 Santé »).

2.3 : Optique :

Les équipements d'optique médicale, définis à l'article L.5211-1 du code de la santé publique, sont composés de deux verres correcteurs et d'une monture.

Les équipements (verres et montures) remboursés par la Sécurité sociale sont classés en deux groupes (classes A et B) par la Liste des produits et prestations (LPP) remboursables prévue à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale.

Les verres et montures relevant de la classe A bénéficient d'une prise en charge renforcée par la Sécurité sociale et les organismes assureurs complémentaires. Ils sont donc sans reste à charge pour l'assuré.

Les prix des verres et montures relevant de la classe B sont déterminés librement et peuvent donner lieu à un reste à charge pour l'assuré.

A. Equipement lunettes « 100% Santé » (Classe A)

La garantie permet le remboursement, **dans la limite des prix limites de vente**, en cas d'acquisition de verres et d'une monture de classe A :

- du Ticket Modérateur,
- des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité,
- de la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents
- du supplément applicable pour les verres avec filtre,

dans les conditions définies par la Liste des produits et prestations remboursables (LPP).

B. Equipement lunettes hors 100 % Santé (Classe B)

Dans les conditions et limites de la formule de garantie choisie, cette garantie permet le remboursement, en cas d'acquisition de verres et d'une monture de classe B :

- du Ticket Modérateur,
- des frais exposés par l'assuré en sus du Ticket Modérateur, dans les limites définies au 3° de l'article R.871-2 du Code de la sécurité sociale.

La prise en charge d'une monture est limitée à 100 euros (inclus dans les plafonds limites).

Lorsque l'assuré fait un achat dissocié des composantes de son équipement, le montant de prise en charge des différents éléments achetés du même équipement se cumule jusqu'à saturation du plafond limite qui s'applique.

La prise en charge des tarifs de responsabilité de la prestation d'appairage facturée pour des verres de classe A, du supplément pour les verres avec filtre et de la prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur par l'opticien-lunetier en cas de renouvellement n'est pas incluse dans les plafonds limites.

Les limites incluent la part des dépenses remboursées par la Sécurité sociale et le Ticket Modérateur.

C. Dispositions communes aux verres et montures de classes A et B :

• Quelle que soit la garantie choisie, les remboursements s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de 2 verres et de 1 monture, par période :

- de 2 ans pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus ;
- d'1 an pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans ;
- de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Dérogations :

- la période de 2 ans pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus est réduite à 1 an pour les frais exposés pour le renouvellement complet (deux verres et une monture) dans les cas de dégradation des performances oculaires visées dans la Liste des produits et prestations remboursables (LPP) mentionnée à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale. La justification d'une évolution de la vue doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D.4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.
- pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.
- aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières précisées par la Liste des produits et prestations remboursables (LPP) mentionnée à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention sur l'ordonnance de la situation médicale particulière.

Ces règles s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2020, en tenant compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées au cours des périodes susmentionnées.

Ces périodes sont fixes et ne peuvent donc être ni réduites ni allongées. L'appréciation de ces périodes se fait à partir de la dernière facturation d'un équipement d'optique ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. La mutuelle s'assure, en outre, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, de l'absence de prise en charge au titre d'un contrat responsable de son portefeuille durant lesdites périodes.

Lorsque l'assuré acquiert son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période à l'issue de laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé s'apprécie à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement. En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

- La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les assurés ayant :
 - une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux. Pour ces assurés, qui présentent un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et qui ne peuvent ou ne souhaitent pas porter de verres progressifs ou multifocaux, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés précédemment (vision de près, vision de loin) ;
 - une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces assurés, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

Les règles d'application des garanties du présent contrat sont applicables à chacun des équipements considéré individuellement.

- La garantie Optique permet également le remboursement d'un équipement d'optique médicale composé de verres de classe A et d'une monture de classe B ou inversement.

Dans ce cas, le plafond limite de prise en charge appliqué à l'ensemble de l'équipement est le plafond d'un équipement de classe B, dans la limite des prix limites de vente.

2.4 : Dentaire

Dans le cadre de la réforme du « 100% santé », la convention dentaire organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie a défini une liste d'actes prothétiques, dits actes « à entente directe ».

Ces actes sont répartis entre trois paniers de soins définis à l'annexe V de la convention dentaire :

- les actes pour lesquels l'entente directe est limitée auxquels s'appliquent des honoraires limites de facturation et sans reste à charge (panier 100 % Santé),
- les actes pour lesquels l'entente directe est limitée auxquels s'appliquent des honoraires limites de facturation (panier reste à charge maîtrisé),
- les actes pour lesquels l'entente directe reste libre (panier libre).

Les actes pour lesquels l'entente directe est limitée et sans reste à charge (panier 100 % Santé) font l'objet d'une prise en charge renforcée par la Sécurité sociale et les organismes assureurs complémentaires. Ils sont donc sans reste à charge pour l'assuré aux dates d'application fixées par voie réglementaire.

Les actes pour lesquels l'entente directe est limitée ou libre (panier reste à charge maîtrisé et panier libre) peuvent donner lieu à un reste à charge pour l'assuré, selon la formule de garantie choisie. Les limites de remboursement sont fixées dans les tableaux de garanties en annexe au présent contrat.

2.5 : Aide auditive - Dispositions applicables à compter du 1^{er} janvier 2021

Dans le cadre de la réforme du « 100 % santé », les aides auditives faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie ont été définies et classées en deux groupes (classe 1 et classe 2) selon leurs caractéristiques techniques, par voie réglementaire.

Les aides auditives 100 % Santé (classe 1) font l'objet d'une prise en charge renforcée par la Sécurité sociale et les organismes assureurs complémentaires, elles sont donc sans reste à charge pour l'assuré.

Les aides auditives hors 100 % Santé (classe 2) peuvent donner lieu à un reste à charge pour l'assuré, selon la formule de garantie choisie.

A. Aides auditives 100 % Santé Classe 1

En cas d'acquisition de dispositifs relevant de la classe 1, cette garantie permet le remboursement :

- du Ticket Modérateur et,
- des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix limites de vente.

B. Aides auditives hors 100 % Santé Classe 2

Dans les conditions et limites de la formule de garantie choisie, en cas d'acquisition de dispositifs relevant de la classe 2, la garantie permet le remboursement, par aide auditive :

- au minimum du Ticket Modérateur et,
- **au maximum d'une somme égale à 1.700 euros. Ce plafond inclut la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et le Ticket Modérateur.** Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires.

C. Dispositions communes aux dispositifs relevant de la classe 1 et de la classe 2

Quelle que soit la formule de garantie choisie, **la prise en charge est limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans suivant l'acquisition de cet appareil.** L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive par l'assuré. Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

Ces règles s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2021 et tiennent compte des quatre années antérieures.

L'appréciation de la période de quatre ans se fait à partir de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. La mutuelle s'assure, en outre, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, de l'absence de prise en charge au titre d'un contrat responsable de son portefeuille durant ladite période.

2.6 : Evolutions législatives et réglementaires relatives au « contrat responsable » et modifications du contrat

Les modifications proposées par la mutuelle au présent contrat collectif visant à le mettre en conformité avec les règles relatives au « contrat responsable » fixées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et ses textes d'application sont réputées acceptées à défaut d'opposition du souscripteur. La mutuelle informe par écrit le souscripteur des nouvelles garanties proposées et des conséquences juridiques, sociales, fiscales et tarifaires qui résultent de ce choix. Le souscripteur dispose d'un délai de trente jours pour refuser par écrit cette proposition. Les modifications acceptées entrent en application au plus tôt un mois après l'expiration du délai précité de trente jours et dans un délai compatible avec les obligations légales et conventionnelles d'information des membres participants par le souscripteur.

ART.3 - QUI PEUT ADHERER AU CONTRAT ?

Seuls peuvent adhérer au contrat mis en place dans le cadre du dispositif dit « Loi Madelin », les **TRAVAILLEURS NON SALARIES**, membres de l'association **ACTION**, à jour du paiement de leurs cotisations dues au titre de leurs régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse.

Le TRAVAILLEUR NON SALARIE doit joindre à son bulletin d'affiliation, et à chaque renouvellement de son adhésion, une attestation attestant qu'il est à jour du paiement des cotisations dues au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et vieillesse.

Le non-paiement des cotisations obligatoires interdit l'adhésion à un contrat « Loi Madelin » et expose son débiteur à des sanctions civiles et pénales (article L.652-4 du Code de la sécurité sociale).

Sont assurables les adhérents **TNS à ACTION** et par extension s'ils sont désignés sur l'appel de cotisation valant certificat d'adhésion, leur conjoint, et leurs enfants à charge tels que définis dans le Lexique du présent contrat.

Pour adhérer au contrat, il faut :

- **Etre assujéti à un Régime Obligatoire, en tant qu'assuré social ou ayant-droit,**

Que l'adhérent soit âgé au moins de 18 ans

- **Respecter l'âge limite d'adhésion, à savoir 90 ans pour toutes les options proposées**

Ces conditions et en particulier celle relative à l'âge limite d'adhésion s'appliquent également pour l'assuré conjoint. En cas d'enfant(s) à charge, il(s) devra(devront) être désigné(s) sur le bulletin d'affiliation.

- **Etre à jour de ses cotisations dues au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et vieillesse dès lors que l'on souhaite bénéficier des dispositions de la loi Madelin.**

ART.4 - EFFET, DUREE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHESION

L'adhésion prend effet à la date mentionnée sur l'appel de cotisation valant Certificat d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite au 1er janvier de chaque année (*échéance principale*) sauf dénonciation par vous, nous, ou le souscripteur du contrat dans les conditions mentionnées à l'article 13 : « ART.13 – Résiliation ».

Vous ne pourrez toutefois demander la résiliation que si votre adhésion a une durée effective minimum de 12 mois.

ART.5 - CONCLUSION, PRISE D'EFFET, DELAI D'ATTENTE

L'adhésion est conclue par l'accord entre l'*adhérent* et la Mutuelle.

La date de conclusion est indiquée sur l'appel de cotisation valant Certificat d'adhésion.

En cas de vente à distance, l'adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse de l'adhérent.

La garantie prend effet à compter de la date d'effet mentionnée sur l'appel de cotisation valant Certificat d'adhésion à l'égard de chaque personne assurée.

Délai d'attente

Un délai d'attente de 6 mois pour le Niveau 250 et de 9 mois pour le Niveau 300 est appliqué pour les montants excédant 300€ pour les implants.

Le délai d'attente ne saurait toutefois faire obstacle au respect des obligations de prise en charge fixées par les règles des contrats responsables. Ainsi, en cas d'application de ce délai, la Mutuelle prend en charge le remboursement des frais prévus à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale à hauteur des limites minimales qui y sont précisées. Les remboursements de la Mutuelle peuvent donc être inférieurs à ceux mentionnés dans le tableau des prestations.

ART.6 - TERRITORIALITE

La garantie du contrat s'exerce en France Métropolitaine et en Martinique, en Guadeloupe, à St Martin, à St Barthélemy, en Guyane, à la Réunion et à Mayotte. Elle s'étend aux accidents, maladies et hospitalisations survenus à l'étranger lorsque le régime de base de l'assuré s'applique.

ART.7 - EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

7.1 Les exclusions générales

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

- la participation forfaitaire mentionnée à l'article L.160-13 II du Code de la sécurité sociale, laissée à la charge des assurés notamment pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale ;
- les franchises médicales mentionnées à l'article L.160-13 III du Code de la sécurité sociale ;
- la majoration de participation de l'assuré prévue par l'article L.162-5-3 du Code de la sécurité sociale en cas de non désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription médicale du médecin traitant ;
- les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques réalisés par un spécialiste consulté sans prescription médicale du médecin traitant et qui ne relève pas d'un protocole de soins, visés à l'article L.162-5, 18° du Code de la sécurité sociale ;
- la majoration de participation de l'assuré lorsque le patient n'accorde pas l'autorisation, visée à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique, au professionnel de santé auquel il a recours, d'accéder à son dossier médical personnel et à le compléter ;

- et, de manière générale, tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et par ses textes d'application.

7 - 2 - Les autres exclusions générales

Ne donnent pas lieu à indemnisation les frais et/ou hospitalisation engendrés par des soins commencés ou prescrits avant l'adhésion, ainsi que les frais et/ou hospitalisation engendrés par les accidents ou maladies et leurs suites qui résultent :

- de la pratique par l'assuré de tout sport à titre professionnel ou de sa participation à des paris ou tentatives de record,
- de l'ivresse, de l'éthylisme ou de la toxicomanie de l'assuré,
- d'un acte intentionnel de la part de l'assuré ou de sa tentative de suicide consciente ou inconsciente,
- de la guerre étrangère ou guerre civile, de la participation de l'assuré à des opérations militaires, à des altercations ou des rixes (sauf cas de légitime défense),
- des effets directs ou indirects d'origine nucléaire ou causés par toute source de rayonnements ionisants (sauf s'il s'agit d'un dysfonctionnement ou d'une erreur de manipulation d'un instrument au cours d'un traitement auquel l'assuré est soumis à la suite d'un événement garanti).

7 - 3 - Les exclusions relatives à la nature de l'établissement ou du service.

- Ne donnent pas lieu à indemnisation les frais engagés et / ou hospitalisation pour le séjour dans les établissements ou services suivants :
- Hélio-marins ou de thalassothérapie,
- les hospitalisations et séjours en établissement, centre ou service dit de long séjour.
- de gériatrie, de retraite ainsi que les séjours dans les hospices de vieillards ou les centres hospitaliers pour personnes âgées dépendantes.
- les séjours et frais relatifs aux établissements de post cure, les centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA) ainsi que les centres d'accueil et d'Accompagnement à la Rééducation de Risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)
- les frais ou séjours en établissements médico-sociaux ainsi que les Lits Halte Soins Santé (LHSS),

7 - 4 - Les exclusions applicables aux hospitalisations et traitements suivants :

Ne donnent pas lieu à indemnisation :

- les frais de traitement et d'intervention chirurgicale à caractère esthétique non consécutifs à un accident ; le caractère esthétique est établi par le Médecin Conseil de PAVILLON PREVOYANCE, indépendamment de tout accord ou refus de prise en charge du Régime Obligatoire de l'assuré,
- tous frais non consécutifs à un accident, facturés par un praticien spécialisé en chirurgie plastique,
- les cures de sommeil, amaigrissement, rajeunissement, désintoxication, ainsi que leurs suites.

Toutefois, les exclusions mentionnées aux articles 7.2 à 7.4 ci-dessus ne sauraient faire obstacle au respect des obligations de prise en charge fixées par les règles des contrats responsables. Ainsi, en tout état de cause, la Mutuelle prend en charge le remboursement des frais prévus à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité Sociale à hauteur des limites minimales qui y sont précisées.

7.5 – Limitations

Hospitalisations en secteur non conventionné

Pour les hospitalisations en secteur non conventionné, la limite des remboursements est fixée à 100% du tarif de convention

Forfait journalier

Le forfait journalier des unités ou Centre de soins de longue durée art. 174-6 CSS et Etablissements et Services sociaux et médico-sociaux art. L312-1 CASF (MAS, EPHAD) n'est pas remboursé par la Mutuelle

Chambre particulière

La chambre particulière est limitée à 60 jours / an pour les établissements ou service dits de moyen séjour, et 30 jours / an pour les établissements et services de psychiatrie. Pour le lit accompagnant, un maximum de 10 jours continus ou discontinus par an est appliqué pour un bénéficiaire de moins de 16 ans.

Optique

Conformément à l'article R 871-2 du code de la Sécurité Sociale, ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue (voir article 2.3 du contrat).

En cas d'acquisition de l'équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période de renouvellement s'apprécie à compter de la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement..

La définition des verres simples, verres complexe et verres hypercomplexes est faite par référence à la typologie des verres prévue par le cahier des charges des contrats responsables (article R. 871-2 du code de la sécurité sociale).

Verres simples (cf a) du 3° de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale modifié par le Décret n° 2019-21 du 11 Janvier 2019)

-verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre-6,00 et + 6,00 dioptries ;

-verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre-6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries

-verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries ;

Verres complexes (cf c) du 3° de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale modifié par le Décret n° 2019-21 du 11 Janvier 2019)

-verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de-6,00 à + 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 dioptrie ;

-verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;

-verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre-4,00 et + 4,00 dioptries ;

-verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre-8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;

-verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries

Verres hypercomplexes (cf f) du 3° de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale modifié par le Décret n° 2019-21 du 11 Janvier 2019)

-verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de-4,00 à + 4,00 dioptries ;

-verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre-8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;

-verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à-8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;

-verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

Plafond dentaire

Le remboursement est limité au plafond global par année civile et par bénéficiaire pour les prothèses et les implants correspondant au montant indiqué dans le tableau de garanties selon l'option choisie.

Dans le cas où le plafond annuel serait atteint, les remboursements s'effectueront sur la base i) de 100% du ticket modérateur tant pour les soins dentaires que pour les autres postes dentaires (prothèses dentaires hors 100% santé, inlay core hors 100% santé, orthodontie) et ii) 100% des honoraires limites de facturation (HLF) sous déduction du Remboursement de la Sécurité Sociale pour les postes du 100% santé.

Forfait naissance ou adoption

Cette prestation est versée dès lors que l'enfant nouveau -né est mentionné comme assuré dans le cadre de l'adhésion au contrat du père ou de la mère (l'enfant ne pouvant en aucun cas être rattaché à deux contrats), la demande d'inscription doit être formulée dans les trois mois qui suivent la naissance ou l'adoption. En cas de naissances multiples, la prime de naissance ne sera que doublée.

Aides auditives

Les garanties figurant dans le tableau sont celles applicables jusqu'au 31 12 2020. La Mutuelle prend en charge les Aides auditives remboursées par la Sécurité Sociale.

A compter du 01 01 2021, de nouvelles garanties relatives aux Aides auditives seront définies en conformité avec la Réforme du 100% Santé.

ART.8 - DECLARATIONS

8.1 - A l'adhésion

Pour souscrire l'une ou l'autre des options de garantie proposées dans le cadre du contrat **ACTIOM MCMS** vous devez répondre, sous forme de déclaration, à une demande d'informations concernant la situation personnelle des personnes à assurer.

Ces déclarations seront reprises sur votre appel de cotisations valant certificat d'adhésion et servent de base à l'établissement de votre adhésion. Elles nous permettent d'évaluer en toute connaissance de cause, notre engagement d'assurance, et de percevoir la cotisation adaptée.

8.2 - En cours d'adhésion

Vous devrez nous déclarer au plus tard dans les 15 jours :

- toute modification des éléments spécifiés sur l'appel de cotisation valant certificat d'Adhésion,
- les changements ou cessation d'affiliation d'un des assurés à un Régime Obligatoire,
- les changements de domicile ou la fixation du domicile en dehors de la France Métropolitaine.

L'adhérent s'engage à informer la Mutuelle par écrit dès qu'il change de profession, au plus tard dans les 3 mois suivant l'événement.

Pour tout nouvel assuré à prendre en compte dans le cadre de son adhésion, l'adhérent devra en faire la demande auprès de PAVILLON PREVOYANCE. Les conditions d'accès à l'assurance seront les mêmes que celles définies pour l'adhérent et ses éventuels assurés lors de l'adhésion.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte, faite lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion, entraîne l'application suivant les cas, des articles L.221-14 (nullité de l'adhésion) et L.221-15 (réduction des indemnités) du Code de la Mutualité.

8.3 - Les autres documents à nous transmettre

Pour vous apporter la qualité de service attendue concernant la gestion de votre adhésion et notamment celles relatives au remboursement des frais de santé et au paiement de vos cotisations, certaines informations complémentaires ou documents vous seront également demandés.

8.4 - Validité de vos déclarations

Vos déclarations et communications servent de base à l'application de votre adhésion et de la garantie, et n'ont d'effet que si elles sont parvenues à **PAVILLON PREVOYANCE** par écrit, ou à défaut, confirmées par lui-même dans un document écrit lorsque vous l'aurez informé par un autre moyen.

L'emploi de documents ou la production de renseignements inexacts ayant pour but ou pour effet d'induire **PAVILLON PREVOYANCE** en erreur sur les causes, circonstances, conséquences ou montant d'un sinistre entraîne la perte de tous droits à l'assurance.

ART.9 - COTISATIONS

9.1 - La base de calcul et le montant des cotisations

En début d'adhésion :

Le montant de la cotisation est mentionné sur l'appel de cotisation valant Certificat d'adhésion. Il est déterminé en fonction de la formule de garantie choisie, de l'âge, du lieu de résidence, et des modalités de prise en charge et bases de remboursement en vigueur du régime obligatoire lors de la prise d'effet des garanties.

Pour la détermination du montant de la cotisation, l'âge retenu est calculé par différence de millésimes entre l'année de l'adhésion et l'année de naissance.

En cours d'adhésion :

En cours d'adhésion, les cotisations évoluent lors de chaque renouvellement annuel selon l'âge atteint (Il est rappelé que l'âge tant de l'adhérent que de l'assuré est calculé par différence de millésimes entre l'année en cours considérée et l'année de naissance).

En cas d'ajout d'un nouvel assuré, la cotisation en vigueur est augmentée du montant de la cotisation respective lors de la prise d'effet de sa garantie. Le montant de la cotisation sera mentionné sur le nouvel appel de cotisation valant Certificat d'adhésion ou sur l'avenant correspondant.

La cotisation peut évoluer en cas de changement de Régime Obligatoire.

La cotisation peut évoluer en cas de changement de domicile dès qu'il y a un changement de zone géographique tarifaire.

9.2- La variation des cotisations

Lors de chaque échéance principale, la cotisation, en dehors de la variation prévue en fonction de l'âge évoquée ci-dessus, sera réévaluée au minimum par référence à l'évolution du plafond annuel de la sécurité sociale.

Elle pourra également évoluer immédiatement et automatiquement ou alors à l'échéance principale en cas de modification des conditions de remboursements (et / ou des remboursements pris en charge par le Régime Obligatoire), modification matérialisée par la signature d'un avenant entre la Contractante et la Mutuelle.

Enfin, elle pourra évoluer en cas de modification des taux des impôts et taxes inhérents aux cotisations tels qu'ils étaient fixés à l'adhésion ou lors de la précédente modification déjà intervenue.

9.3 - Le paiement des cotisations

La cotisation est annuelle. Elle est payable mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement d'avance auprès de la Mutuelle ou son délégataire. Les modalités convenues pour le paiement de la cotisation (périodicité et mode de règlement) sont mentionnées sur l'appel de cotisation valant Certificat d'adhésion

Conformément à l'article 6 de la loi n°89 1009 du 31 décembre 1989, toute majoration de tarif devra être uniforme pour l'ensemble des assurés ou adhérents souscrivant ce type de garantie.

La Mutuelle proposera à la Contractante la majoration. En cas d'acceptation, un avenant au présent contrat devra être émis et les adhérents en seront informés trois mois avant l'entrée en vigueur de cette majoration tarifaire.

Au cas où cette majoration tarifaire ne serait pas acceptée par l'adhérent, celui-ci pourra résilier son adhésion en envoyant une lettre recommandée avec accusé de réception à **PAVILLON PREVOYANCE** dans le délai de 1 mois à compter de la réception de cette information relative à la majoration tarifaire.

9.4 – Le non-paiement des cotisations

Conformément aux dispositions de l'article L.221-8 II du Code de la Mutualité, l'adhérent qui ne paie pas sa cotisation dans les 10 jours de son échéance peut être exclu du contrat.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, l'adhérent est informé qu'à l'expiration du délai de quarante jours précité, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion de la garantie définie sur son appel de cotisation valant certificat d'adhésion ou au contrat. Les coûts d'établissement et d'envoi de la lettre de mise en demeure sont à la charge de l'adhérent ainsi que les frais de poursuite et de recouvrement

ART.10 - MODIFICATION ET CESSATION DE GARANTIES

L'adhérent peut modifier ses garanties à chaque date anniversaire de la date d'effet de l'adhésion sous réserve d'en effectuer la demande au moins deux mois avant cette date, et sous réserve de respecter les limites d'âge d'accès aux garanties fixées dans la notice d'information.

Les garanties prennent fin :

- lorsque l'assuré ne répond plus aux définitions de l'article 3
- en cas de résiliation de l'adhésion quelle qu'en soit la cause.

ART.11 - QUELLES SONT VOS GARANTIES ?

11 – 1 GARANTIE SANTÉ

Les prestations de la Mutuelle, telles que prévues au sens du présent contrat, interviennent sur les dépenses de santé engagées par l'assuré, pour des actes, produits, et matériels médicaux ou chirurgicaux prescrits entre les dates de début et de fin de sa garantie, pour autant que ceux-ci soient expressément mentionnés sur le tableau des garanties annexé au bulletin d'affiliation pour la formule de garantie retenue, dans la limite des montants qui sont indiqués.

Les actes, produits, et matériels médicaux ou chirurgicaux non mentionnés dans le tableau des garanties pour la formule de garantie choisie ne peuvent donner lieu à prestations de la part de la Mutuelle.

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 Décembre 1989 et de l'article L.224-8 du Code de la Mutualité, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'adhérent ou de l'assuré, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du Code de la Sécurité Sociale.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, l'adhérent ou l'assuré peut obtenir l'indemnisation en s'adressant auprès de l'organisme de son choix.

La justification des frais engagés pour les dépenses garanties s'effectue sur les bases suivantes :

Frais faisant l'objet d'un remboursement par le Régime Obligatoire :

Le montant est celui, tel qu'il figure :

- Dans le fichier télétransmis par le centre de paiement à **PAVILLON PREVOYANCE** (Procédure de télétransmission avec la caisse obligatoire)
- Ou sur les originaux de la feuille de soins ou le bordereau de remboursement établi par le centre de traitement.
- Et lorsque les frais ont fait l'objet d'une prise en charge par un précédent régime complémentaire, le décompte de remboursement original de ce dernier.

Frais ne faisant pas l'objet d'un remboursement par le Régime Obligatoire (s'ils sont prévus dans le tableau des garanties joint au bulletin d'affiliation) :

Le montant est celui figurant sur les factures des professionnels de santé.

La date prise en compte pour la prise en charge des dépenses de santé garanties est (sauf dispositions contraires propres à certaines prestations prévues par le présent contrat) celle qui correspond

- A la date des soins figurant sur le bordereau de remboursement du Régime Obligatoire (ou dans le fichier informatique communiqué par celui-ci);
- Aux dates de prescription, de proposition, d'exécution et de délivrance pour les frais et actes non pris en charge par le Régime Obligatoire. En tout état de cause, les dates de proposition, d'exécution et de délivrance doivent se situer dans la période de garantie.

Lorsque la prestation garantie est exprimée sous la forme « par an », « par année », ou « forfait annuel », elle s'entend par année d'assurance, selon la définition qui en est précisée au lexique ci-après du présent contrat.

Pour le remboursement des frais relatifs aux actes et biens médicaux, la Mutuelle se conforme aux dispositions de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), de la Classification commune des Actes Médicaux (CCAM), de la Liste des Produits et Prestations (LPP), de la Liste des Actes et Prestations (LAP) et de la Table Nationale de Biologie (TNB).

A l'exception des cas où la Mutuelle règle directement au professionnel de santé les dépenses engagées, le remboursement des dépenses est toujours établi à l'ordre de l'adhérent pour l'ensemble des assurés et effectué en France dans la monnaie légale de l'Etat Français.

Seuls les soins engagés après l'admission d'un assuré dans l'assurance et avant sa radiation peuvent faire l'objet d'un remboursement. Les soins engagés après la radiation d'un assuré ne sont jamais remboursés même s'ils résultent d'un événement antérieur à la radiation.

Certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale, peuvent faire l'objet d'un remboursement de la part de la Mutuelle, s'ils sont prévus dans le tableau des garanties joint au bulletin d'affiliation lors de l'adhésion.

Il en est ainsi par exemple du cas particulier suivant :

Cas particulier des Praticiens de santé non pris en charge par le Régime Obligatoire : Les actes non pris en charge par le régime de base et listés dans le tableau des garanties sont pris en charge dans la limite de la prestation maximale par consultation et dans la limite annuelle précisée dans la formule de garantie souscrite. Ces actes doivent avoir été réalisés par des praticiens diplômés d'un établissement de formation agréé par le Ministère de la Santé.

11 – 2 GARANTIE PROCUREE PAR UN AUTRE ORGANISME

Conformément aux dispositions de l'article L.221-3 du Code de la mutualité, les membres participants sont obligatoirement affiliés au contrat d'assurance de groupe d'Assistance souscrit par la Mutuelle auprès de EUROP ASSISTANCE (Entreprise d'assurance régie par le Code des assurances.) octroyant aux assurés un ensemble de services d'assistance santé pour autant que le tableau des garanties correspondant à la formule souscrite le prévoit.

En qualité de souscripteur du contrat, la Mutuelle remet à chaque membre participant la notice d'information relative à celui-ci établie par EUROP ASSISTANCE.

Conformément au mandat qui lui est donné par EUROP ASSISTANCE, la Mutuelle encaisse auprès de ses membres participants la part de cotisation relative à cette garantie et la reverse à EUROP ASSISTANCE

EUROP ASSISTANCE est seule responsable des garanties délivrées au titre de ce contrat.

ART.12 - COMMENT OBTENIR LE REGLEMENT DE VOS PRESTATIONS ?

LES DOCUMENTS A TRANSMETTRE

Lorsque l'assuré ne bénéficie pas de la télétransmission avec son régime de base, ou que la Mutuelle ou son délégataire n'ont pas effectué le règlement des frais directement au professionnel de santé, les documents à transmettre à la Mutuelle ou son délégataire sont les suivants :

L'hospitalisation : l'original du décompte du régime de base ou les originaux des factures acquittées de l'établissement hospitalier et les notes d'honoraires des chirurgiens présentant la cotation détaillée des actes.

La médecine courante, la pharmacie, les frais de transport, les prothèses et les appareillages (les prothèses auditives, les prothèses orthopédiques) : l'original du décompte du régime de base et la facture acquittée du professionnel de santé.

Le dentaire : l'original du décompte du régime de base. Pour les prothèses, l'orthodontie, et les frais non remboursés par le Régime Obligatoire, l'original de la facture détaillée acquittée de tous les actes.

Le forfait dentaire : l'original de la facture du praticien mentionnant le libellé de l'acte réalisé, la date des soins, le nom et prénom du bénéficiaire, le montant acquitté.

L'optique : l'original du décompte du régime de base ou la facture détaillée acquittée établie par l'opticien.

Les médicaments non remboursés : l'original de la facture du pharmacien mentionnant les dates d'achat, le nom des produits, le bénéficiaire des fournitures, et le montant ainsi que la prescription médicale.

Les vaccins prescrits mais non remboursés : la copie de l'ordonnance du praticien et l'original de la facture du pharmacien.

Le sevrage tabagique : la facture du pharmacien mentionnant le nom et prénom du bénéficiaire, la date d'achat, le libellé du substitut nicotinique (hors cigarette électronique et ses recharges), le montant réglé.

La prévention : la prescription médicale et la note d'honoraires ou la facture détaillée justifiant la dépense réelle.

La Médecine douce ou le praticien de Santé non remboursé par le RO : la note d'honoraires ou la facture détaillée justifiant la dépense réelle.

L'ostéodensitométrie : l'original de la facture du praticien mentionnant le libellé de l'acte réalisé, la date des soins, le nom et prénom du bénéficiaire, le montant acquitté.

Compte tenu de la situation particulière de certains dossiers, **PAVILLON PREVOYANCE** pourra être amené à demander aux assurés des pièces complémentaires à celles énumérées ci-dessus.

Les demandes de remboursements ou de prestations quelle que soit leur nature doivent parvenir à PAVILLON PREVOYANCE dans un délai de deux ans suivant la date de cessation des soins.

CONTRÔLE DES DÉPENSES - CONTRÔLE MÉDICAL

PAVILLON PREVOYANCE et la Mutuelle se réservent la possibilité de demander aux assurés tous renseignements ou documents dont ils jugeraient utile de disposer pour l'appréciation du droit aux prestations. Si ces documents ont un caractère médical, l'assuré doit les adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil de **PAVILLON PREVOYANCE**.

De même, ils peuvent demander à l'assuré de se soumettre à un examen auprès du médecin de leur choix qu'ils lui auront alors désigné.

L'assuré s'engage, à se soumettre à cet examen, sous peine d'être déchu du droit aux prestations pour l'accident ou la maladie en cause.

ARBITRAGE

En cas de désaccord d'ordre médical avec l'assuré, le différend sera soumis à une procédure d'arbitrage amiable.

Chacune des parties désignera un médecin. Si les médecins ne sont pas d'accord, ils choisiront un 3^e médecin chargé de les départager. En cas de difficulté sur ce choix la désignation sera faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'adhérent, à la requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie paiera les frais et honoraires de son médecin, et s'il y a lieu, la moitié des frais et honoraires du 3e médecin et des frais de sa nomination.

DISPOSITIONS RELATIVES AU TIERS PAYANT ET A LA TELETRANSMISSION

Dans le cas où l'adhérent et le cas échéant, ses ayants droit, s'adresse à un professionnel de santé qui est tenu ou a choisi de pratiquer le tiers payant et en a fait les démarches à cette fin, le présent contrat leur permet de bénéficier du mécanisme du tiers payant sur les prestations faisant l'objet de la garantie, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité dans le cadre des règles afférentes au contrat responsable.

A cette fin, une carte de tiers payant est délivrée à l'adhérent par PAVILLON PREVOYANCE lors de la mise en place des garanties afin de permettre aux assurés la dispense d'avance de frais auprès des professionnels de santé concernés.

L'utilisation de la carte de tiers payant n'est acquise, sous peine de poursuites, que si l'adhérent est à jour de ses cotisations au jour de l'utilisation de ladite carte. En cas d'utilisation frauduleuse de la carte de tiers payant, PAVILLON PREVOYANCE pourra demander à l'adhérent le remboursement des sommes exposées auprès des professionnels de santé consultés.

L'adhérent qui cesse pour quelque raison que ce soit de bénéficier des garanties s'engage à restituer immédiatement sa carte en cours de validité.

La télétransmission : Les assurés relevant d'un régime obligatoire Maladie peuvent demander à bénéficier de la télétransmission informatique de leurs décomptes de prestations de soins à PAVILLON PREVOYANCE. Ce service permet d'effectuer le traitement des prestations complémentaires à celles versées par le Régime Obligatoire, et d'en adresser le règlement à l'adhérent. Les assurés s'évitent ainsi l'envoi des décomptes papiers (sous réserves de la présence sur le décompte de la mention « copie transmise pour information à votre organisme complémentaire »). Cette liaison est réalisée pour chacune des personnes assurées à réception de la copie de l'attestation papier d'assuré social délivrée avec sa carte VITALE.

Le dysfonctionnement dans les liaisons avec le centre de gestion du Régime Obligatoire de l'assuré peut affecter le bon fonctionnement de service, qui ne pourra être attribué à PAVILLON PREVOYANCE, et constituer pour l'assuré, un motif valable pour formuler une demande de résiliation hors échéance.

La Mutuelle se réserve le droit de récupérer auprès de l'adhérent toute somme indûment versée du fait de la non-observation de ces dispositions

ART.13 - RESILIATION

L'adhésion peut être résiliée :

PAR L'ADHÉRENT :

A l'issue de la première année (12 mois complets d'assurance) moyennant un préavis de deux mois au moins, puis ensuite à chaque échéance principale fixée au 1er janvier moyennant un préavis de deux mois au moins (Art. L221-10 du code de la Mutualité) en envoyant une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique avec accusé de réception.

Ces dispositions s'appliquent également en cas de radiation d'un assuré

IMPORTANT : Ce contrat n'est pas concerné par la loi 2005-67 du 28/01/2005 (dite Loi CHATEL).

L'adhérent peut également résilier son adhésion en envoyant une lettre recommandée ou par un envoi recommandé électronique avec accusé de réception en cas de modifications apportées à ses droits et obligations dans un délai d'un mois à compter de la remise de la nouvelle notice d'information.

DE PLEIN DROIT :

En cas de retrait de l'agrément de la Mutuelle conformément à la législation en vigueur.

CONTRACTUELLEMENT :

En cas de perte de la qualité d'assuré social de l'adhérent, l'adhésion sera résiliée. Les autres assurés peuvent demander à adhérer au présent contrat dans les conditions fixées à l'article 3 de cette notice d'information.

En cas de non-paiement des cotisations dans les conditions précisées à l'article 9-4 de la présente notice d'information.

L'adhésion prend également fin en cas de résiliation du contrat collectif. Si tel était le cas, la Contractante s'engage à en informer chaque adhérent au moins deux mois avant l'échéance.

Les modalités de la résiliation

- Par l'Adhérent

La résiliation par l'adhérent doit être effectuée par courrier recommandé ou par envoi recommandé électronique avec accusé de réception et adressée au siège de PAVILLON PREVOYANCE, situé : 90 Avenue Thiers CS 21004 33072 BORDEAUX CEDEX

- Par la Mutuelle

La résiliation par la Mutuelle sera notifiée à l'adhérent par lettre recommandée à son dernier domicile connu.

En cas de résiliation, quelle qu'en soit la cause, l'adhérent est tenu de restituer à PAVILLON PREVOYANCE les originaux des cartes de tiers payant en cours de validité.

Les conséquences de la résiliation

Lorsque l'adhésion est résiliée, les prestations ne sont dues que pour les soins et traitements administrés avant la prise d'effet de la résiliation.

La résiliation met un terme à l'ensemble des garanties souscrites, pour l'ensemble des assurés.

Après résiliation de l'adhésion, l'assuré ne pourra demander une nouvelle adhésion qu'après un délai de 2 ans à compter de la résiliation.

ART.14 – DROIT A RENONCIATION

14.1 Démarchage

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre au présent contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'affiliation sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Pour ce faire, il doit adresser à :

PAVILLON PREVOYANCE, situé : 90 Avenue Thiers CS 21004 33072 BORDEAUX CEDEX

une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique avec avis de réception rédigée par exemple selon le modèle suivant :

« Je soussigné (*nom, prénom*), demeurant (*adresse complète*), vous notifie par la présente renoncer à ma demande d'adhésion au contrat **ACTIOM MCMS** (*indiquez le nom de la formule du contrat Santé choisie*) effectuée en date du (*date de la signature du bulletin d'affiliation*).

Le (*date et signature*) ».

L'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu au premier alinéa met fin à l'adhésion à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique mentionnée au même alinéa. Dès lors qu'il a connaissance de la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du contrat, l'adhérent ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

En cas de renonciation, l'adhérent ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de fin d'adhésion. La Mutuelle est tenue de rembourser à l'adhérent le solde au plus tard dans les trente jours

suyant la date de fin d'adhésion. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au taux légal.

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à la mutuelle si l'adhérent exerce son droit de renonciation alors que la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

14.2 Vente à distance

Toute personne physique ayant adhéré à distance, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, au présent contrat collectif à adhésion facultative, dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir :

a) soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;

b) soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L.222-6 du code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a .

Pour ce faire, il doit adresser à :

PAVILLON PREVOYANCE, situé : 90 Avenue Thiers CS 21004 33072 BORDEAUX CEDEX

Une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique avec avis de réception rédigé par exemple selon le modèle suivant :

« Je soussigné (*nom, prénom*), demeurant (*adresse complète*), vous notifie par la présente renoncer à ma demande d'adhésion au contrat **ACTIOM MCMS** (*indiquez le nom de la formule du contrat Santé choisie*) effectuée en date du (*date de la signature du bulletin d'affiliation*).

Le (*date et signature*) ».

L'adhésion au contrat ne peut recevoir de commencement d'exécution par les parties avant l'arrivée du terme de ce délai de renonciation sauf demande expresse de l'adhérent. Lorsque celui-ci exerce son droit de renonciation, il ne peut être tenu qu'au paiement d'une cotisation égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la date d'effet de l'adhésion et la date de réception sa demande de renonciation, à l'exclusion de toute pénalité.

En cas de renonciation, la Mutuelle rembourse à l'adhérent dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours toutes les sommes qu'elle a perçues de celui-ci en application du contrat, à l'exception du montant mentionné à l'alinéa précédent. Ce délai commence à courir le jour où la Mutuelle reçoit notification par l'adhérent de sa volonté de renoncer.

L'adhérent restitue à la mutuelle dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours toute somme qu'il a reçue de cette dernière. Ce délai commence à courir à compter du jour où l'adhérent communique à la Mutuelle sa volonté de renoncer.

ART.15 – PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions de l'article L.221-11 du code de la Mutualité, toutes actions dérivant du présent contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

ART.16 - SUBROGATION

Conformément à l'article L.224-9 du Code de la Mutualité, pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire mentionnées à l'article L.224-8 du même Code, la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des assurés contre les tiers responsables.

La Mutuelle ne peut prétendre au remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que les prestations versées par la Mutuelle n'indemnisent ces éléments de préjudice. En cas

d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

Afin de permettre à la Mutuelle de pouvoir exercer ce droit de subrogation, l'adhérent ou ses ayants droit s'engage(nt) à déclarer à la Mutuelle, dans les meilleurs délais, tout accident dont il est (ou ils sont) victime(s).

Art.17- TRAITEMENT ET PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Conformément au règlement général sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016, les informations à caractère personnel recueillies par la Mutuelle, responsable du traitement, ou son organisme gestionnaire par délégation – cf ci-dessous - sont nécessaires aux fins de la passation, la gestion et l'exécution du présent contrat et peuvent également être réalisés aux fins d'opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection commerciale.

De plus, ces traitements sont mis en œuvre en vue de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, y compris la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude.

Ces informations pourront faire l'objet de traitements informatisés, pour les finalités et dans les conditions ci-dessous précisées

Les destinataires de ces données sont, dans le strict cadre des finalités précitées, les personnels habilités du responsable de traitement ou de l'organisme gestionnaire par délégation, ainsi que notamment ses prestataires, sous-traitants éventuels et partenaires, y compris les réassureurs, et s'il y a lieu les intermédiaires d'assurance.

La gestion de l'adhésion au contrat, par délégation de la Mutuelle, est effectuée par **PAVILLON PREVOYANCE** –centre de gestion – 90 Avenue Thiers CS 21004 33072 BORDEAUX CEDEX.

Les données collectées sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle augmentée de la durée des prescriptions légales, et ce, en fonction du type de données collectées.

En application de la législation en vigueur, toute personne physique partie ou intéressée au Contrat dispose d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, de limitation du traitement de ses données, d'un droit d'opposition aux traitements, d'un droit à la portabilité de ses données ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort de ses données après le décès, qui s'exercent en adressant une demande écrite à l'attention du Correspondant Informatique et Libertés du Gestionnaire, en précisant les nom, adresse et référence client, accompagnée d'un justificatif d'identité à :

PAVILLON PREVOYANCE

Correspondant Informatique et Libertés

90 Avenue Thiers CS 21004

33072 BORDEAUX CEDEX

Enfin, elle dispose du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés CNIL – 3, Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Conformément à l'article L.223-1 du Code de la consommation, l'Adhérent qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, en dehors de sa relation avec le Distributeur, le Gestionnaire ou l'Assureur, peut s'inscrire, gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site www.bloctel.gouv.fr.

ART.18 - RECLAMATION - MEDIATION

Pour toute réclamation relative à la gestion du présent contrat, les cotisations ou encore les prestations, l'adhérent (ou l'assuré) doit s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications.

S'il rencontre des difficultés liées à l'application du contrat, il peut formuler une réclamation ou signifier son désaccord, par courrier simple adressé à : **PAVILLON PREVOYANCE**, situé : 90 Avenue Thiers CS 21004 33072 BORDEAUX CEDEX

Si un différend persistait après la réponse apportée, il aurait la faculté de demander l'avis d'un médiateur indépendant. Les coordonnées du Médiateur seront communiquées sur simple demande au siège social de La Mutuelle de l'Île de la Cité- 37/39 rue de l'Amiral Mouchez – 75013 PARIS.

Après avoir été saisi du litige, le médiateur recueille les informations qui lui sont nécessaires pour instruire le dossier et rend un avis dans un délai de trois mois. Cet avis ne s'impose ni à l'adhérent (ou à l'assuré) ni à la Mutuelle qui conservent tous les deux le droit de saisir le tribunal.

La saisine du médiateur n'est possible que dans la mesure où la demande n'a pas été soumise à une juridiction que ce soit par l'adhérent (ou l'assuré) ou la Mutuelle.

ART.19 - AUTORITE DE TUTELLE

Le contrôle de la Mutuelle est effectué par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution 4, Place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 (France)

TABLEAU DES GARANTIES DU CONTRAT ACTION MCMS

Les différentes formules du contrat ACTION MCMS respectent l'ensemble des dispositions du cahier des charges du contrat dit "Responsable", dont notamment, les minima de prise en charge de certains actes et les plafonds prévus en cas de dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins libéraux n'ayant pas souscrit à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM CO). Elles couvrent l'intégralité des frais engagés pour les actes inclus dans le panier « 100% Santé », conformément à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

Les prestations exprimées en pourcentage se réfèrent aux Bases de Remboursement de la Sécurité sociale (BR), et incluent la participation du Régime Obligatoire (RO). L'ensemble des prestations s'entendent dans la limite des frais réellement engagés. Pour le secteur non conventionné, la base de remboursement retenue est le Tarif d'Autorité.

Des limitations aux remboursements de la Mutuelle sont applicables en cas d'application des exclusions visées aux articles 7.2 à 7.4 de la notice d'information ou de l'application des délais d'attente : se reporter au renvoi (8) en bas de ce tableau.

		Niveau 100	Niveau 150	Niveau 250	Niveau 300
Hospitalisation (1)					
Honoraires médicaux / chirurgicaux	OPTAM - OPTAM CO*	100% BR	150% BR	250% BR	300% BR
	Hors OPTAM - Hors OPTAM CO *	100% BR	130% BR	200% BR	200% BR
Participation forfaitaire de 24 €		frais réels	frais réels	frais réels	frais réels
Frais de séjours		100% BR	150% BR	200% BR	250% BR
Forfait journalier hospitalier (2)		frais réels	frais réels	frais réels	frais réels
Chambre particulière (3)		-	45€/jour	75€/jour	90€/jour
Chambre ambulatoire		-	20€/jour	25€/jour	30€/jour
Lit accompagnant (4)		-	30€/jour	30€/jour	30€/jour
Transport en véhicule sanitaire et ambulance		100% BR	100% BR	150% BR	200% BR
Médecine courante					
Consultation -visite généralistes / Spécialistes	OPTAM - OPTAM CO *	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR
	Hors OPTAM - Hors OPTAM CO *	100% BR	130% BR	180% BR	200% BR
Actes techniques médicaux, petites interventions chirurgicales (hors hospitalisation)	OPTAM - OPTAM CO *	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR
	Hors OPTAM - Hors OPTAM CO *	100% BR	130% BR	180% BR	200% BR
Radiologie, imagerie, échographie	OPTAM - OPTAM CO *	100% BR	150% BR	180% BR	200% BR
	Hors OPTAM - Hors OPTAM CO *	100% BR	130% BR	160% BR	180% BR
Participation forfaitaire de 24 €		frais réels	frais réels	frais réels	frais réels
Analyses		100% BR	150% BR	200% BR	250% BR
Auxiliaires médicaux		100% BR	150% BR	200% BR	250% BR
Pharmacie					
Médicaments remboursés à 65% par le RO		100 % BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments remboursés à 30% et 15% par le RO		-	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments prescrits non remboursés		-	-	100€/an	200€/an
Optique (5)					
100% santé : verres, monture, prestations d'appairage et d'adaptation, supplément pour les verres avec filtre***		100% PLV	100% PLV	100% PLV	100% PLV
Hors 100% santé (5a)					
Forfait	- Par verre simple	50 €	60 €	80 €	110 €
	- Par verre complexe	80 €	100 €	125 €	200 €

- Par verre hypercomplexe	90 €	110 €	135 €	210 €
- Par monture	30 €	60 €	80 €	100 €
Lentilles y/c non remboursées	100% BR	100% BR + 75€/an	100% BR + 100€/an	100% BR + 150€/an
Chirurgie de l'œil (par œil)	-	100€/an	150€/an	300€/an
Autres prestations Optique	100 % BR	100% BR	100% BR	100% BR
Dentaire				
100% santé : soins et prothèses 100% santé***	100% HLF	100% HLF	100% HLF	100% HLF
Hors 100% santé				
Consultations, Soins dentaires, chirurgie dentaire	150% BR	200% BR	300% BR	300%BR
Prothèses remboursées hors 100% santé	100% BR	150% BR	250% BR	300% BR
Orthodontie	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
Prothèses dentaires non remboursées, implants	-	300€/an	400€/an	500€/an
Plafond de remboursement par an et par bénéficiaire pour l'ensemble du poste dentaire : année 1 / année 2 et suivantes (6)	500 € /500€	1000€ /1200€	1500€ /1800€	2000€ /2400€
Aides auditives (9)				
Prothèses auditives pour les assurés de 20 ans et plus	100% BR	150% BR	200% BR+200€/an	300% BR+300€/an
Prothèses auditives pour les assurés de moins de 20 ans	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Autre (consommable, piles, accessoires ...)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Orthopédie / Appareillages				
Orthopédie	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR
Autres appareillages, semelles, orthèses	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR
Autres garanties				
Médecine douce : Acupuncture, Ostéopathie, Chiropractie, étioopathie, homéopathie, réflexologie	-	2 x 30€ /an et par bénéficiaire	4 x 30€ /an et par bénéficiaire	5 x 30€ /an et par bénéficiaire
Cures Thermales	100% BR	100% BR +100€/an	100% BR+150€/an	100% BR+200€/an
Réseau de soins partenaire	ITELIS	ITELIS	ITELIS	ITELIS
Prévention : ensemble des actes de prévention prévus dans le cadre du contrat responsable et remboursés par le RO	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Forfait Naissance (7)	-	150 €	200 €	300 €
Assistance Santé (Garantie par Europ Assistance)	Oui	Oui	OUI	OUI

" OPTAM : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée ; OPTAM -CO : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable aux spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique

** Hors OPTAM - Hors OPTAM-CO : lorsque le praticien n'adhère pas à une option de Pratique Tarifaire Maîtrisée ou Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable aux spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique

*** Les garanties couvrent l'intégralité des frais engagés pour les produits, prestations et actes inclus dans le panier « 100% Santé », conformément à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

Le 100% santé permet d'accéder à des offres sans reste à charge pour certains produits, prestations et actes définis par la réglementation au niveau des postes dentaire, optique et audiologie. Dans la limite du Prix limite de vente (P.L.V.) ou des honoraires limites de facturation (HLF) sous déduction du Remboursement de la Sécurité Sociale

(1) Pour les hospitalisations en secteur non conventionné la limite des remboursements est fixée à 100% du tarif de convention

(2) le forfait journalier des unités ou Centre de soins de longue durée art. 174-6 CSS et Etablissements et Services sociaux et médico-sociaux art. L312-1 CASF (MAS, EPHAD,) n'est pas remboursé par la Mutuelle

(3) La chambre particulière est limitée à 60 jours / an pour les établissements ou service dits de moyen séjour, et 30 jours / an pour les établissements et services de psychiatrie

(4) Maximum de 10 jours continus ou discontinus par an pour un bénéficiaire de moins de 16 ans

(5) Conformément à l'article R 871-2 du code de la Sécurité Sociale, ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 (LPP), notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue (voir article 2.3 de la notice). En cas d'acquisition de l'équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période de renouvellement s'apprécie à compter de la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement.

(5a) La définition des verres simples, verres complexe et verres hypercomplexes est faite par référence à la typologie des verres prévue par le cahier des charges des contrats responsables (article R. 871-2 du code de la sécurité sociale).

Verres simples (cf a) du 3° de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale modifié par le Décret n° 2019-21 du 11 Janvier 2019)

-verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ;

-verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries

-verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries ;

Verres complexes (cf c) du 3° de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale modifié par le Décret n° 2019-21 du 11 Janvier 2019)

-verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 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 dioptrie ;

-verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;

-verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ;

-verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;

-verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries

Verres hypercomplexes (cf f) du 3° de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale modifié par le Décret n° 2019-21 du 11 Janvier 2019)

-verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ;

-verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;

-verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;

-verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

(6) Plafond dentaire : Dans le cas où le plafond annuel serait atteint, les remboursements s'effectueront sur la base i) de 100% du ticket modérateur tant pour les soins dentaires que pour les autres postes dentaires (prothèses dentaires hors 100% santé, inlay core hors 100% santé, orthodontie) et ii) 100% des honoraires limites de facturation (HLF) sous déduction du Remboursement de la Sécurité Sociale pour les postes du 100% santé.

Pour les implants, un délai d'attente de 6 mois pour le Niveau 250 et de 9 mois pour le Niveau 300 est appliqué pour les montants excédant 300€

(7) Forfait naissance ou adoption : cette prestation est versée dès lors que l'enfant nouveau -né est mentionné comme assuré dans le cadre de l'adhésion au contrat du père ou de la mère (l'enfant ne pouvant en aucun cas être rattaché à deux contrats), la demande d'inscription doit être formulée dans les trois mois qui suivent la naissance ou l'adoption. En cas de naissances multiples, la prime de naissance ne sera que doublée.

(8) Les exclusions mentionnées aux articles 7.2 à 7.4 de la présente notice d'information et les délais d'attente ne sauraient faire obstacle au respect des obligations de prise en charge fixées par les règles des contrats responsables. Ainsi, en tout état de cause, la Mutuelle prend en charge le remboursement des frais prévus à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale à hauteur des limites minimales qui y sont précisées. Les remboursements de la Mutuelle peuvent donc être inférieurs à ceux mentionnés dans le tableau des prestations

(9) Les garanties figurant dans le tableau sont celles applicables jusqu'au 31 12 2020. La Mutuelle prend en charge les Aides auditives remboursées par la Sécurité Sociale.

A compter du 01 01 2021, de nouvelles garanties relatives aux Aides auditives seront définies en conformité avec la Réforme du 100% Santé.

NOTICE D'INFORMATION

MUTUELLE ILE DE LA CITE ASSISTANCE

KA2

25 octobre 2017

Sommaire

1.	Objet	4
2.	Définitions	4
2.1.	Définitions des personnes intervenant au titre du contrat	4
2.1.1.	Assuré	4
2.1.2.	Nous	4
2.1.3.	Bénéficiaire.....	5
	• son conjoint, partenaire de PACS ou concubin,	5
	• leurs enfants célibataires, âgés de moins de 26 ans, fiscalement à charge de l'Assuré et/ou de son conjoint, concubin ou partenaire de PACS,	5
	• leurs enfants handicapés, quel que soit leur âge,	5
	• les enfants adoptés, répondant aux conditions susvisées, à compter de la date de transcription du jugement d'adoption sur les registres de l'état civil français, pendant la période de validité de la couverture,	5
	• leurs enfants qui viendraient à naître pendant la période de validité de la couverture.	5
2.1.4.	Enfant Pourquoi cette définition ? Cf ci-dessus !	5
2.2.	Définitions des notions utilisées dans la convention d'assistance	5
2.2.1.	Blessure.....	5
2.2.2.	Domicile.....	5
2.2.3.	France	5
2.2.4.	Hospitalisation	5
2.2.5.	Maladie	5
3.	Conditions et modalités d'application de la convention d'assistance	6
3.1.	Conditions d'application	6
3.2.	Titres de transport	6
3.3.	Etendue territoriale	6
4.	Modalités d'intervention	6
5.	Service accessible dès la prise d'effet de la couverture	7
5.1.	Renseignements et informations à caractère documentaire	7
6.	Prestations d'assistance à Domicile	7
6.1.	En cas d'Immobilisation au Domicile	7
6.1.1.	Recherche des coordonnées d'un médecin.....	8
6.1.2.	Recherche des coordonnées d'un infirmier	8
6.1.3.	Recherche d'une ambulance ou d'un véhicule sanitaire léger	8
6.1.4.	Livraison de médicaments.	8
6.2.	En cas d'Hospitalisation de plus de 4 jours, d'Immobilisation au Domicile de plus de 10 jours	8
6.2.1.	Aide-ménagère.....	8
6.2.2.	Soutien psychologique	8
6.2.3.	Transport et garde des animaux de compagnie (chien ou chat)	9
6.3.	En cas d'Hospitalisation de plus de 2 jours, d'Immobilisation au Domicile de plus de 5 jours	9
6.3.1.	Accompagnement des Enfants chez un proche	9
6.3.2.	Transport Aller / Retour des Enfants.....	9
6.4.	En cas de décès d'un Bénéficiaire	10
6.4.1.	Aide-ménagère.....	10
6.4.2.	Soutien psychologique	10
6.4.3.	Transport Aller / Retour des Enfants.....	10
6.4.4.	Présence d'un proche	10
6.4.5.	Garde des Enfants à Domicile	10
6.4.6.	Transport et garde des animaux de compagnie (chien ou chat)	11
7.	En cas d'Immobilisation de votre Enfant au Domicile durant plus de 48 heures	11
7.1.	Présence d'un proche	11
7.2.	Garde des Enfants à Domicile	11

8.	En cas d'absence scolaire supérieure à 15 jours ouvrés de votre Enfant à la suite d'une Maladie ou d'une Blessure	11
8.1.	Répétiteur scolaire	11
9.	Exclusions	12
10.	Limitations en cas de force majeure ou autres événements assimilés	13
11.	Cadre de la couverture d'assistance	13
11.1.	Prise d'effet et durée de la couverture	13
11.2.	Prise d'effet des garanties.....	13
11.3.	Cessation de la couverture	13
11.4.	Subrogation	13
11.5.	Prescription	13
11.6.	Fausse déclaration	15
11.7.	Déchéance pour déclaration frauduleuse	15
11.8.	Cumul des garanties	15
11.9.	Réclamations – Litiges	15
11.10.	Autorité de contrôle	16
11.11.	Informatique et Libertés	16
12.	Tableau Récapitulatif des prestations	17

Notice d'information du contrat d'assistance dénommé « Mutuelle Ile de la Cité »

MUTUELLE ILE DE LA CITE

Régie par le Livre II du Code de la Mutualité

N° 784 238 982

Approuvée par arrêté ministériel du 13 Août 1931, enregistré sur le registre des intervenants sur les marchés financiers sous le LEI N° 969500DAX8KXSXIN00888

Siège social : 37/39, rue de l'Amiral Mouchez 75013 PARIS

Accueil administratif : 73/75, rue Brillât Savarin

fait bénéficiaire de prestations Assistance les Adhérents de ses contrats collectifs N°2017/004 et 2017/005 souscrits par l'association ACTIOM, à la demande de celle-ci.

A cette fin, MUTUELLE ILE DE LA CITE s'est rapprochée d'EUROP ASSISTANCE,

Société Anonyme au capital de 35 402 786 euros, Entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Nanterre sous le numéro 451 366 405, dont le siège social se situe 1 promenade de la Bonnette, 92230 Gennevilliers

pour garantir et fournir les prestations d'assistance.

Les dispositions prévues **sont applicables à compter du 01/10/2017 et jusqu'à parution d'une nouvelle notice d'information.**

1. Objet

La présente **Notice d'information du contrat d'assistance dénommé « Mutuelle Ile de la Cité »** a pour objet de préciser les droits et obligations réciproques d'EUROP ASSISTANCE et des Bénéficiaires définis ci-après.

2. Définitions

Dans la convention d'assistance, les mots ci-après, qu'ils soient au singulier ou au pluriel et dans la mesure où leur première lettre est en majuscule, sont définis comme suit :

2.1. Définitions des personnes intervenant au titre du contrat

2.1.1. Assuré

Est considéré comme Assuré, l'adhérent à l'un des 2 contrats **collectifs N°2017/004 et 2017/005 souscrits par l'association ACTIOM** auprès de la Mutuelle Ile de la Cité

2.1.2. Nous

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

2.1.3. Bénéficiaire

Désigne l'Assuré ainsi que les personnes suivantes, à condition qu'elles vivent toutes au Domicile de l'Assuré et qu'elles soient garanties dans le cadre des contrats cités ci-dessus (et donc inscrites sur la demande d'adhésion) :

- son conjoint, partenaire de PACS ou concubin,
- leurs enfants célibataires, âgés de moins de 26 ans, fiscalement à charge de l'Assuré et/ou de son conjoint, concubin ou partenaire de PACS,
- leurs enfants handicapés, quel que soit leur âge,
- les enfants adoptés, répondant aux conditions susvisées, à compter de la date de transcription du jugement d'adoption sur les registres de l'état civil français, pendant la période de validité de la couverture,
- leurs enfants qui viendraient à naître pendant la période de validité de la couverture.

2.1.4. Enfant

Désigne les enfants de l'Assuré et/ou ceux de son conjoint, partenaire de PACS ou concubin, répondant aux conditions cumulatives suivantes :

- âgés de moins de 18 ans ou quel que soit son âge s'il s'agit d'un enfant handicapé,
- à la charge fiscale de l'Assuré et/ou de son conjoint, concubin ou partenaire de PACS,
- vivant sous le même toit que l'Assuré.

2.2. Définitions des notions utilisées dans la convention d'assistance

2.2.1. Blessure

Désigne la lésion corporelle médicalement constatée atteignant le Bénéficiaire, provenant de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

2.2.2. Domicile

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

2.2.3. France

Désigne la France métropolitaine et la Principauté de Monaco.

2.2.4. Hospitalisation

Désigne l'admission justifiée par un bulletin d'hospitalisation dans un centre hospitalier (hôpital ou clinique), prescrite par un médecin, consécutive à une Maladie ou à une Blessure, et comportant au moins une nuit sur place.

2.2.5. Maladie

Désigne l'état pathologique dûment constaté par un docteur en médecine, nécessitant des soins médicaux et présentant un caractère soudain et imprévisible.

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

3.1. Conditions d'application

Nous intervenons à la condition expresse que l'événement qui Nous amène à fournir la prestation demeurait incertain au moment du départ.

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

3.2. Titres de transport

Lorsqu'un transport est organisé et pris en charge en application des clauses du présent contrat, Vous vous engagez soit à Nous réserver le droit d'utiliser les titres de transport que Vous détenez soit à Nous rembourser les montants dont Vous obtiendriez le remboursement auprès de l'organisme émetteur de ce titre.

3.3. Etendue territoriale

Les prestations d'assistance décrites dans la présente convention s'appliquent en France Métropolitaine et en Principauté de Monaco.

4. Modalités d'intervention

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

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

Nous Vous demanderons les informations suivantes :

- vos nom(s) et prénom(s),
- l'endroit précis où Vous vous trouvez, l'adresse et le numéro de téléphone où l'on peut Vous joindre,
- votre numéro de contrat MUTUELLE ILE DE LA CITE

Si Vous avez besoin d'assistance, Vous devez :

- Nous appeler sans attendre au n° de téléphone :
 - 01 41 85 93 21
 - depuis l'Etranger Vous devez composer le 33 1 41 85 93 21.
- **obtenir notre accord préalable avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense,**
- Vous conformer aux solutions que Nous préconisons,
- Nous fournir tous les éléments relatifs au contrat souscrit,
- Nous fournir tous les justificatifs originaux des dépenses dont le remboursement est demandé.

Nous nous réservons le droit de Vous demander tout justificatif nécessaire à l'appui de toute demande d'assistance (tels que notamment, certificat de décès, certificat de concubinage, avis d'imposition sous réserve d'avoir préalablement occulté tous les éléments y figurant autre que votre nom, votre adresse, et les personnes composant votre foyer fiscal, certificat médical d'arrêt de travail, etc.).

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

5. Service accessible dès la prise d'effet de la couverture

Si Vous êtes malade ou blessé(e), contactez-nous dans les plus brefs délais, après avoir pris soin de faire appel aux secours d'urgence (SAMU, pompiers, etc.) auxquels Nous ne pouvons nous substituer.

5.1. Renseignements et informations à caractère documentaire

Sur simple appel téléphonique, de 9 h 00 à 19 h 00, sauf dimanches et jours fériés, Nous nous efforçons de rechercher les informations et renseignements à caractère documentaire et exclusivement d'ordre privé, destinés à orienter vos démarches dans les domaines suivants :

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

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

Il ne peut en aucun cas s'agir de consultations juridiques. Selon les cas, Nous pourrions Vous orienter vers les organismes professionnels susceptibles de Vous répondre. Nous nous engageons à respecter une totale confidentialité des conversations tenues lors de ces prestations d'assistance téléphoniques.

Nous nous efforçons de répondre immédiatement à tout appel mais pouvons être conduits pour certaines demandes à procéder à des recherches entraînant un délai de réponse. Nous serons alors amenés à Vous recontacter dans les meilleurs délais, après avoir effectué les recherches nécessaires.

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

6. Prestations d'assistance à Domicile

6.1. En cas d'Immobilisation au Domicile

6.1.1. Recherche des coordonnées d'un médecin

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

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

6.1.2. Recherche des coordonnées d'un infirmier

A la suite de votre Immobilisation au Domicile et hors cas d'urgence, si des soins médicaux Vous ont été prescrits par un médecin, Nous recherchons et Vous communiquons les coordonnées de plusieurs infirmiers proches de votre Domicile, afin qu'il se rende auprès de Vous.

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

6.1.3. Recherche d'une ambulance ou d'un véhicule sanitaire léger

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

6.1.4. Livraison de médicaments.

Dans le cadre de votre Immobilisation au Domicile, si un médecin vient de Vous prescrire en urgence, par ordonnance, des médicaments, si personne de votre entourage ne peut se déplacer et si les médicaments sont immédiatement nécessaires, Nous allons les chercher dans une officine de pharmacie proche de votre Domicile (ou pharmacie de garde) et Nous Vous les apportons.

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

6.2. En cas d'Hospitalisation de plus de 4 jours, d'Immobilisation au Domicile de plus de 10 jours

6.2.1. Aide-ménagère

A la suite de votre Hospitalisation de plus de 4 jours ou de votre Immobilisation au Domicile de plus de 10 jours, Nous organisons la mise à disposition d'une aide-ménagère pour effectuer les travaux ménagers à votre Domicile.

Nous prenons en charge le coût de l'aide-ménagère jusqu'à concurrence de 15 heures de travail, réparties pendant votre Immobilisation ou durant le mois qui suit la date de début de celle-ci (minimum de 2 heures à la fois). A défaut de la présentation des justificatifs Nous nous réservons le droit de Vous refacturer l'intégralité de la prestation.

6.2.2. Soutien psychologique

A la suite de votre Hospitalisation de plus de 4 jours ou de votre Immobilisation au Domicile de plus de 10 jours, Nous mettons à votre disposition, 24 h/24, 7 j /7 et 365 jours par an, un service Ecoute et Accueil Psychologique Vous permettant de contacter par téléphone des psychologues cliniciens.

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

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

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

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

Nous assurerons l'organisation du rendez-vous de cette première consultation. Le coût de cette consultation reste à votre charge.

6.2.3. Transport et garde des animaux de compagnie (chien ou chat)

A la suite de votre Hospitalisation de plus de 4 jours ou de votre Immobilisation au Domicile de plus de 10 jours,, si Vous n'êtes plus en mesure de Vous occuper de vos animaux de compagnie (chien ou chat exclusivement), Nous organisons leur transport jusqu'à un établissement de garde approprié proche de votre Domicile ou jusqu'à la destination de votre choix située en France et à moins de 50 km de votre lieu d'Hospitalisation.

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

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

6.3. En cas d'Hospitalisation de plus de 2 jours, d'Immobilisation au Domicile de plus de 5 jours

6.3.1. Accompagnement des Enfants chez un proche

A la suite de votre Hospitalisation de plus de 2 jours ou de votre Immobilisation au Domicile de plus de 5 jours, et lorsque Vous vous trouvez dans l'impossibilité de Vous occuper de vos Enfants, Nous organisons et prenons en charge le voyage aller-retour en train 1^{ère} classe ou avion classe économique, depuis son domicile en France, d'une personne désignée par vos soins, ou d'une de nos hôtesses, pour venir chercher, à votre Domicile, vos Enfants lorsqu'ils sont à votre charge et les conduire chez un proche en France.

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

6.3.2. Transport Aller / Retour des Enfants

A la suite de votre Hospitalisation de plus de 2 jours ou de votre Immobilisation au Domicile de plus de 5 jours, Nous organisons et prenons en charge le voyage aller-retour en train 1^{ère} classe ou avion classe économique d'une personne désignée par vos soins depuis son domicile en France métropolitaine ou en Principauté de Monaco, afin qu'elle se rende auprès de Vous et garde vos Enfants à votre Domicile.

6.4. En cas de décès d'un Bénéficiaire

6.4.1. Aide-ménagère

A la suite du décès d'un Bénéficiaire, Nous organisons la mise à disposition d'une aide-ménagère pour effectuer les travaux ménagers à votre Domicile.

Nous prenons en charge le coût de l'aide-ménagère jusqu'à concurrence de 15 heures de travail, réparties pendant votre Immobilisation ou durant le mois qui suit la date de début de celle-ci (minimum de 2 heures à la fois). A défaut de la présentation des justificatifs Nous nous réservons le droit de Vous refacturer l'intégralité de la prestation

6.4.2. Soutien psychologique

A la suite du décès d'un Bénéficiaire, Nous mettons à votre disposition, 24 h/24, 7 j /7 et 365 jours par an, un service Ecoute et Accueil Psychologique Vous permettant de contacter par téléphone des psychologues cliniciens.

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

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

Nous assurons l'organisation et la prise en charge de 3 entretiens téléphoniques par année de contrat En fonction de votre situation et de votre attente, un rendez-vous pourra être aménagé afin de rencontrer près de chez Vous, un psychologue diplômé d'état choisi par Vous parmi 3 noms de praticiens que Nous Vous aurons communiqués.

Nous assurerons l'organisation du rendez-vous de cette première consultation. Le coût de cette consultation reste à votre charge.

6.4.3. Transport Aller / Retour des Enfants

A la suite d'un décès du Bénéficiaire, Nous organisons et prenons en charge le voyage aller-retour en train 1^{ère} classe ou avion classe économique d'une personne désignée par vos soins depuis son domicile en France métropolitaine ou en Principauté de Monaco, afin qu'elle se rende auprès de Vous et garde vos Enfants à votre Domicile.

Cette prestation n'est pas cumulable avec « Présence d'un proche » ou « Garde des Enfants à Domicile ».

6.4.4. Présence d'un proche

A la suite d'un décès du Bénéficiaire, Nous organisons et prenons en charge le voyage aller-retour en train 1^{ère} classe ou avion classe économique d'une personne désignée par vos soins depuis son domicile en France, afin qu'elle se rende auprès de Vous et garde votre Enfant à votre Domicile.

Cette prestation n'est pas cumulable avec « Transport Aller / Retour des Enfants » ou « Garde des Enfants à Domicile ».

6.4.5. Garde des Enfants à Domicile

A la suite d'un décès du Bénéficiaire, Nous organisons et prenons en charge la garde de vos Enfants à votre Domicile, pendant 15 heures maximum.

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

Cette prestation n'est pas cumulable avec « Présence d'un proche » ou « Transport Aller / retour des Enfants ».

6.4.6. Transport et garde des animaux de compagnie (chien ou chat)

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

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

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

7. En cas d'Immobilisation de votre Enfant au Domicile durant plus de 48 heures

Vous pouvez bénéficier de l'une des 2 prestations suivantes pour garder votre Enfant immobilisé au Domicile durant plus de 48 heures :

7.1. Présence d'un proche

En cas d'Immobilisation de votre Enfant au Domicile durant plus de 48 heures, Nous organisons et prenons en charge le voyage aller-retour en train 1ère classe ou avion classe économique d'une personne désignée par vos soins depuis son domicile en France, afin qu'elle se rende auprès de Vous et garde votre Enfant à votre Domicile.

Cette prestation n'est pas cumulable avec « Garde à Domicile ».

7.2. Garde des Enfants à Domicile

En cas d'Immobilisation de votre Enfant au Domicile durant plus de 48 heures, Nous organisons et prenons en charge sa garde, pendant 15 heures maximum.

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

Cette prestation n'est pas cumulable avec « Présence d'un proche ».

8. En cas d'absence scolaire supérieure à 15 jours ouvrés de votre Enfant à la suite d'une Maladie ou d'une Blessure

8.1. Répétiteur scolaire

En cas d'absence scolaire supérieure à 15 jours ouvrés, Nous organisons et prenons en charge l'aide pédagogique jusqu'à concurrence de 15 heures par semaine.

Nous recherchons un ou plusieurs répétiteurs scolaires, à partir du 16ème jour d'absence scolaire, afin d'assurer la continuité du programme scolaire de l'Enfant au maximum pendant l'année scolaire en cours.

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

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

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

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

9. Exclusions

Sont exclues les demandes consécutives :

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

Sont également exclus :

- les demandes qui relèvent de la compétence des organismes locaux de secours d'urgence ou des transports primaires tels que le SAMU, les pompiers, et les frais s'y rapportant,
 - les frais engagés sans notre accord, ou non expressément prévus par la présente convention d'assistance,
 - les frais non justifiés par des documents originaux,
 - les frais de franchise non rachetable en cas de location de véhicule,
 - les frais de carburant et de péage,
 - les frais de douane,
 - les frais de restauration.
-
- les conséquences des situations à risques infectieux en contexte épidémique, de l'exposition à des agents biologiques infectants, de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat, de l'exposition à des agents incapacitants, de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents, qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques de la part des autorités sanitaires internationales et/ou sanitaires locales du pays où Vous séjournez et/ou nationale de votre pays de domicile,
 - les Maladies et/ou Blessures préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation continue, d'une hospitalisation de jour ou d'une hospitalisation ambulatoire dans les 6 mois précédant toute demande, qu'il s'agisse de la manifestation ou de l'aggravation dudit état,
 - les hospitalisations prévues, leurs conséquences et les frais en découlant.

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

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

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

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

11. Cadre de la couverture d'assistance

11.1. Prise d'effet et durée de la couverture

La couverture du contrat d'assistance dénommé « Mutuelle Ile de la Cité assistance » prend effet à la même date et pour la même durée, renouvellement(s) compris, que le contrat d'assurance dénommé Mutuelle Ile de la Cité souscrit par l'Assuré auprès de Mutuelle Ile de la Cité.

11.2. Prise d'effet des garanties

Les prestations d'assistance sont mises en œuvre pendant la durée de validité de la couverture d'assistance et cessent en cas de cessation de ladite couverture, quelle qu'en soit la cause.

11.3. Cessation de la couverture

La couverture du contrat d'assistance cesse de plein droit :

- en cas de cessation, quelle qu'en soit la cause, du contrat d'assurance santé souscrit auprès de Mutuelle Ile de la Cité ;
- en cas de cessation du partenariat liant Mutuelle Ile de la Cité et EUROP ASSISTANCE, à la date communiquée par Mutuelle Ile de la Cité aux Assurés.

11.4. Subrogation

Après avoir engagé des frais dans le cadre de ses garanties d'assurance et/ou prestations d'assistance, Nous sommes subrogés dans les droits et actions que Vous pouvez avoir contre les tiers responsables du sinistre, comme le prévoit l'article L121-12 du Code des assurances. Notre subrogation est limitée au montant des frais que Nous avons engagés en exécution du présent contrat.

11.5. Prescription

Conformément aux Code des assurances :

« Article L114-1

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

Article L114-2

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

Article L114-3

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

Conformément au Code civil :

« Section 3 : Des causes d'interruption de la prescription

Article 2240

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

Article 2241

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242

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

Article 2243

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

Article 2244

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

Article 2245

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

Article 2246

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

11.6. Fausses déclarations

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

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

11.7. Déchéance pour déclaration frauduleuse

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

11.8. Cumul des garanties

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

11.9. Réclamations – Litiges

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

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

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

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

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

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09
<http://www.mediation-assurance.org/>

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

11.10. Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – ACPR – 61 rue Taitbout – 75436 Paris CEDEX 09.

11.11. Informatique et Libertés

Toutes les informations recueillies par EUROP ASSISTANCE FRANCE, 1 promenade de la Bonnette, 92633 Gennevilliers Cedex, lors de la souscription à l'un de ses services et/ou lors de la réalisation des prestations sont nécessaires à l'exécution des engagements que Nous prenons à votre égard. A défaut de réponse aux renseignements demandés, EUROP ASSISTANCE FRANCE sera dans l'impossibilité de fournir le service auquel Vous souhaitez souscrire.

Ces informations sont uniquement réservées aux services d'EUROP ASSISTANCE FRANCE en charge de votre contrat et pourront être transmises pour les seuls besoins de la réalisation du service à des prestataires, sous-traitants ou partenaires du Groupe EUROP ASSISTANCE à l'origine de la présente garantie.

EUROP ASSISTANCE FRANCE se réserve également la possibilité d'utiliser vos données personnelles à des fins de suivi qualité ou d'études statistiques. Vous êtes également informé(e) que vos données personnelles peuvent faire l'objet de traitements dans le cadre du dispositif de lutte contre la fraude à l'assurance, ce qui peut entraîner une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Par ailleurs, en vue de satisfaire à ses obligations légales et réglementaires, EUROP ASSISTANCE FRANCE peut être amenée à communiquer des informations aux autorités administratives ou judiciaires légalement habilitées.

Vous disposez, en justifiant de votre identité, d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des informations Vous concernant en écrivant à :

Europ Assistance France
Service Remontées Clients
1 promenade de la Bonnette
92633 Gennevilliers cedex

EUROP ASSISTANCE FRANCE Vous informe, conformément à la loi 2014-344 du 17 mars 2014, que si Vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel Vous n'avez pas de relation contractuelle préexistante, Vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique par courrier postal ou par internet :

SOCIETE OPPOSETEL - Service Bloctel - 6, rue Nicolas Siret - 10 000 TROYES
www.bloctel.gouv.fr

Si pour les besoins de la réalisation du service demandé, un transfert des informations Vous concernant est réalisé en dehors de l'Union Européenne, EUROP ASSISTANCE FRANCE prendra des mesures contractuelles avec les destinataires afin de sécuriser ce transfert.

Par ailleurs, Vous êtes informé(e) que les conversations téléphoniques que Vous échangerez avec EUROPE ASSISTANCE FRANCE pourront faire l'objet d'un enregistrement dans le cadre du suivi de la qualité des services et de la formation des personnels. Ces conversations sont conservées deux mois à compter de leur enregistrement. Vous pourrez vous y opposer en manifestant votre refus auprès de votre interlocuteur.

12. Tableau Récapitulatif des prestations

PRESTATIONS D'ASSISTANCE	Montants max. TTC par personne
<p><input checked="" type="checkbox"/> RENSEIGNEMENTS ET INFORMATIONS A CARACTERE DOCUMENTAIRE</p>	
<p><input checked="" type="checkbox"/> ASSISTANCE EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recherche coordonnées d'un médecin - Recherche coordonnées d'un infirmier - Recherche coordonnées d'une ambulance ou d'un véhicule sanitaire léger - Livraison de médicaments 	<p>Communication coordonnées Communication coordonnées Recherche ambulance ou VSL Prise en charge de la livraison</p>
<p><input checked="" type="checkbox"/> ASSISTANCE AUX PERSONNES EN D'HOSPITALISATION > 4 JOURS ET IMMOBILISATION AU DOMICILE > 10 JOURS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aide-ménagère - Soutien psychologique - Transport et garde d'animaux 	<p>15h 3 entretiens téléphoniques / an 10 jours ou transport rayon 50km</p>
<p><input checked="" type="checkbox"/> ASSISTANCE AUX PERSONNES EN D'HOSPITALISATION > 2 JOURS ET IMMOBILISATION AU DOMICILE > 5 JOURS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accompagnement des Enfants - Transport A/R des Enfants 	<p>Billet A/R train 1^{ère} classe ou avion éco Billet A/R train 1^{ère} classe ou avion éco</p>
<p><input checked="" type="checkbox"/> ASSISTANCE EN CAS DE DECES D'UN BENEFICIAIRE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aide-ménagère - Soutien psychologique - Accompagnement des Enfants ou - Garde d'Enfants ou - Présence d'un proche - Transport et garde d'animaux 	<p>15h 3 entretiens téléphoniques / an Billet A/R train 1^{ère} classe ou avion éco 15h Billet AR train 1^{ère} classe ou avion éco 10 jours ou transport rayon 50km</p>
<p><input checked="" type="checkbox"/> ASSISTANCE EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE DE L'ENFANT</p> <ul style="list-style-type: none"> - Garde d'Enfants ou - Présence d'un proche 	<p>15h Billet A/R train 1^{ère} classe ou avion éco</p>
<p><input checked="" type="checkbox"/> ASSISTANCE SCOLAIRE EN CAS D'ABESNCE SCOLAIRE > 15 JOURS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Répétiteur scolaire 	<p>A compter du 16^{ème} jour, prise en charge jusque reprise des cours</p>