



**Notice d'information contractuelle
Offre Miltis**

**Notices d'informations contractuelles
Miltis Services Santé**

OFFRE MILTIS



Le présent document constitue la Notice d'information contractuelle, prévue par l'article L. 221-6 du Code de la mutualité. Il reprend les dispositions du contrat collectif à adhésion facultative de durée annuelle à tacite reconduction n° MSR 17, souscrit par l'association Actionム auprès de Miltis, mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité.

Il a été conclu un contrat collectif à adhésion facultative de durée annuelle à tacite reconduction, n° MSR 17 entre :

- d'une part, l'Association ACTIOM, située au 8 avenue Roger Lapébie 33140 Villenave d'Ornon.
- et d'autre part, l'organisme assureur Miltis, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité (SIREN n°417 934 817), dont le siège social est situé 25, cours Albert Thomas - 69003 Lyon.

Ce contrat est ouvert aux membres de l'association Actiom.

La gestion du contrat est déléguée à ASRAMA GESTION - 243 avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 Monteuex.

Le niveau de garantie est précisé sur votre certificat d'adhésion.

Les niveaux 1 à 5 de la garantie s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif des contrats d'assurance visés à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale dits «contrats responsables». En revanche, les niveaux H1 et H2 de la présente garantie ne s'inscrivent pas dans le cadre du dispositif législatif des «contrats responsables».

Les relations précontractuelles et contractuelles entre les parties sont régies par le droit français et notamment par le Code de la mutualité. Les parties utiliseront la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

SOMMAIRE

NOTICE D'INFORMATION CONTRACTUELLE OFFRE MILTIS

Lexique.....	4
Descriptif des prestations.....	6
Conditions générales	10

NOTICES D'INFORMATIONS CONTRACTUELLES MILTIS SERVICES SANTÉ

Miltis Assistance.....	17
• Assistance Santé	18
• Assistance Emploi	21
• Assistance Décès	21
• Dispositions diverses	22
Miltis Protection juridique	26
Prévention, conseil et consultation médicale en ligne.....	32

Notice d'information contractuelle

Offre Miltis

LEXIQUE

ACCIDENT :

On entend par accident toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part du bénéficiaire des prestations, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. Le suicide, la tentative de suicide, les lésions organiques de toutes natures telles que l'infarctus du myocarde, les lésions vasculaires ou cérébrales, les opérations chirurgicales, les affections corona-riennes, les pathologies soudaines, les affections dues à un choc émotif ou d'un surmenage, les maladies même violentes telles qu'apoplexie, congélation, congestion, insolation, ne sont jamais considérées comme des accidents. La preuve de la relation de cause à effet entre l'accident et le risque assuré incombe au bénéficiaire des prestations.

ACTES DE PRÉVENTION :

Ces actes sont définis par la liste fixée par l'arrêté du 8 juin 2006. Les actes sont les suivants :

- 1) Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8) sous réserve que :
 - l'acte soit effectué sur les premières et deuxièmes molaires permanentes,
 - n'intervienne qu'une fois par dent,
 - soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième (14^e) anniversaire ;
- 2) Un détartrage annuel complet sus et sous gingival (effectué en deux séances maximum) (SC12) ;
- 3) Dépistage hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351) ;
- 4) Dépistage une fois tous les cinq (5) ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
 - audiомétrie tonale ou vocale (CDQP010),
 - audiомétrie tonale avec tympanometrie (CDQP015),
 - audiомétrie vocale dans le bruit (CDQP011),
 - audiомétrie tonale ou vocale (CDQP012),
 - audiомétrie tonale ou vocale avec tympanometrie (CDQP002) ;

5) L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'Assurance Maladie obligatoire, sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L.162-1-7 du Code de la Sécurité sociale. La prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de 50 ans une fois tous les six (6) ans ;

6) Les vaccinations suivantes (seules ou combinées) :

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

BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS :

Le membre participant et éventuellement ses ayants droit affiliés : son conjoint et leurs enfants à charge (**âgés de moins de 20 ans ou 25 ans s'ils poursuivent des études**), affiliés à un régime de base, et mentionnés dans le certificat d'adhésion.

BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BRSS) :

Tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par le régime de base.

CERTIFICAT D'ADHÉSION :

C'est le document envoyé au membre participant après acceptation de son bulletin d'adhésion. Il reprend les conditions d'admission et les garanties souscrites, ainsi que leur date de prise d'effet.

COUUPLE-CONJOINT :

Toutes personnes mariées ou ayant conclu un PACS ou vivant en concubinage.

GESTIONNAIRE :

C'est l'organisme auprès duquel la Mutuelle a délégué la gestion de ses contrats, des cotisations et des prestations.

HONORAIRES LIMITES DE FACTURATION (HLF) :

Les Honoraires Limites de Facturation correspondent à l'honoraire maximal facturable par le chirurgien-dentiste à l'Assuré pouvant faire l'objet d'une entente directe. Ils sont fixés par la Convention Nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance Maladie, approuvée par l'arrêté du 20 août 2018.

MEMBRE PARTICIPANT :

Personne physique qui adhère à une garantie Offre Miltis.

MUTUELLE :

Il s'agit de Miltis, mutuelle soumise au Livre II du Code de la mutualité, et assureur du présent contrat.

DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRES MAÎTRISÉE :

Contrat signé par certains médecins/praticiens favorisant l'accès aux soins par une meilleure prise en charge des patients. Les médecins/praticiens signataires s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires.

PETIT APPAREILLAGE ET GRAND APPAREILLAGE :

- Le Petit Appareillage (orthèses) comprend les bandages, genouillères, ceintures, corsets, appareils de correction (attelles...), semelles orthopédiques, chaussures adaptées, bas de contention, etc., hors pansements et optique médicale. (Titre II chapitre 1 de la LPPR).
- Le Grand Appareillage comprend les podo-orthèses, les ortho-prothèses, les prothèses oculaires et faciales et les véhicules pour handicapés physiques (le titre II chapitres 5, 6 et 7 et le Titre IV de la LPPR).

PRIX LIMITÉ DE VENTE :

Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente facturable par le professionnel de santé. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. La base de remboursement de la majorité des dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations et pris en charge par le régime de base est assortie d'un prix limite de vente.

Les lunettes et les aides auditives retenues dans les paniers 100 % Santé ont des prix limite de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les bénéficiaires des prestations puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements. Conformément au niveau de garanties du bénéficiaire des prestations, l'organisme assureur interviendra, en complément du remboursement du Régime de base, sans que sa prise en charge ne puisse excéder les PLV.

RÉGIME DE BASE (RB) :

Régime légal de protection sociale français auquel est obligatoirement affilié le bénéficiaire des prestations (Régime général de la Sécurité sociale, régime Sécurité sociale des indépendants, régime des exploitants agricoles, régime des salariés agricoles : AMEXA, régime d'Alsace-Moselle, régimes spéciaux).

TICKET MODÉRATEUR (TM) :

Quote part restant à la charge de l'assuré, égale à la différence entre la base de remboursement et les remboursements du régime de base.

100 % SANTÉ :

Dispositif par lequel les bénéficiaires des prestations peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par le régime de base et leur complémentaire santé, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés. Les actes visés par ce dispositif intègrent le panier 100 % Santé.

DESCRIPTIF DES PRESTATIONS

Les remboursements exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) incluent la prise en charge du régime de base.

Les montants exprimés en euros interviennent en complément de l'éventuelle part du régime de base sauf pour l'optique où les forfaits en euros intègrent l'éventuelle part du régime de base.

Les garanties intégrant une limite annuelle s'appliquent par bénéficiaire et par année civile. Toutefois, pour l'équipement optique, les prestations sont allouées par période de deux (2) ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique, sauf dérogations prévues dans la Notice d'information.

Pour les aides auditives, les prestations sont limitées à un équipement tous les 4 (quatre) ans par oreille à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.

Les remboursements ne peuvent dépasser les frais réels restant à la charge du bénéficiaire des prestations. Les remboursements sont différents selon que votre praticien est adhérent ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Les garanties des niveaux 1 à 5 s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif des contrats d'assurances visés à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale dits «contrats responsables» et ses textes réglementaires. De ce fait, le remboursement ne pourra être inférieur au ticket modérateur pour les actes visés par le 1^o de l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Les garanties H1 et H2 ne s'inscrivent pas dans le cadre du dispositif législatif des contrats d'assurances visés à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale dits «contrats responsables».

GARANTIES ACTIONM (y compris Sécurité Sociale)	NIVEAU						
	1	2	3	4	5	H1	H2

HOSPITALISATION (y compris chirurgicale / maternité / à domicile / en établissements et unités spécialisés)

Médecins OPTAM / OPTAM-CO	100 % BR	130 % BR	150 % BR	180 % BR	250 % BR	150 % BR	300 % BR
Médecins non OPTAM / OPTAM-CO	100 % BR	110 % BR	130 % BR	160 % BR	200 % BR	150 % BR	300 % BR

Frais de séjour

• pour établissements conventionnés	100 % BR	130 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR	150 % BR	300 % BR
• pour établissements non conventionnés	100 % BR						
Forfait journalier hospitalier	100 % FR						

Chambre particulière

• Chambre particulière y compris maternité ⁽¹⁾	-	40 € / j	50 € / j	60 € / j	80 € / j	50 € / j avec une franchise de 5 j ⁽²⁾	50 € / j avec une franchise de 5 j ⁽²⁾
• Chambre particulière en chirurgie ambulatoire	-	20 € / j	20 € / j	25 € / j	30 € / j	-	-
Frais d'accompagnement Enfants de moins de 16 ans (10 jours / an / bénéficiaire)	-	20 € / j	20 € / j	30 € / j	30 € / j	-	-
Participation forfaitaire	100 % FR	100 % FR					
Transport pris en charge par l'AMO	100 % BR	100 % BR					

SOINS COURANTS

Honoraires médicaux (consultation visite généraliste)

• Médecins OPTAM / OPTAM-CO	100 % BR	130 % BR	150 % BR	180 % BR	200 % BR	100 % BR	200 % BR
• Médecins non OPTAM / OPTAM-CO	100 % BR	110 % BR	130 % BR	160 % BR	180 % BR	100 % BR	200 % BR

Honoraires médicaux (consultation visite spécialiste)

• Médecins OPTAM / OPTAM-CO	100 % BR	130 % BR	150 % BR	180 % BR	200 % BR	100 % BR	200 % BR
• Médecins non OPTAM / OPTAM-CO	100 % BR	110 % BR	130 % BR	160 % BR	180 % BR	100 % BR	200 % BR

Actes techniques médicaux / de spécialité

• Médecins OPTAM / OPTAM-CO	100 % BR	130 % BR	150 % BR	180 % BR	200 % BR	100 % BR	200 % BR
• Médecins non OPTAM / OPTAM-CO	100 % BR	110 % BR	130 % BR	160 % BR	180 % BR	100 % BR	200 % BR

Radiologie

• Médecins OPTAM / OPTAM-CO	100 % BR	130 % BR	150 % BR	180 % BR	200 % BR	100 % BR	200 % BR
• Médecins non OPTAM / OPTAM-CO	100 % BR	110 % BR	130 % BR	160 % BR	180 % BR	100 % BR	200 % BR
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	130 % BR	150 % BR	180 % BR	200 % BR	-	-
Honoraires paramédicaux	100 % BR	130 % BR	150 % BR	180 % BR	200 % BR	-	-
Matériel médical (hors prothèse capillaire, mammaire et oculaire)	100 % BR	130 % BR	150 % BR	180 % BR	200 % BR	-	-

Médicaments

• Médicaments à 65 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	-	-
• Médicaments à 30 %	-	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	-	-
• Médicaments à 15 %	-	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	-	-
• Médicaments et vaccins prescrits non remboursés par l'AMO	-	-	-	80 % FR limité à 50 €/an/bénéficiaire	80 % FR limité à 100 €/an/bénéficiaire	-	-
Transport pris en charge par l'AMO	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	-	-
Prothèse capillaire, mammaire et oculaire	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	-	-

AIDES AUDITIVES (dans la limite d'un équipement par oreille tous les 4 ans)

Équipement du panier 100 % Santé* de classe I	100 % FR	-	-				
Équipement de classe II - Panier libre - 20 ans et plus ⁽³⁾	400 € par oreille	500 € par oreille	600 € par oreille	700 € par oreille	900 € par oreille	-	-
Équipement de classe II - Panier libre - moins de 20 ans et pour les assurés atteints de cécité ⁽³⁾	1400 € par oreille	-	-				
Autres prestations liées aux aides auditives (piles...)	100 % BR	-	-				

DENTAIRE⁽⁴⁾

Soins et prothèses du panier 100 % santé*	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	-	-
Actes panier libre et maîtrisé							
Soins dentaires	100 % BR	125 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR	-	-
Inlay Onlay	100 % BR	125 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR	-	-
Prothèses dentaires remboursées par l'AMO	100 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR	-	-
Inlays Core remboursés par l'AMO	100 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR	-	-
Prothèses dentaires provisoires remboursées par l'AMO	100 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR	-	-
Bridges remboursés par l'AMO	100 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR	-	-
Prothèses amovibles remboursées par l'AMO	100 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR	-	-
Orthodontie remboursée par l'AMO	100 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR	-	-
Prothèses dentaires non remboursées par l'AMO							
Parodontologie non prise en charge par l'AMO			200 €/an/bénéficiaire	300 €/an/bénéficiaire	400 €/an/bénéficiaire	-	-
Implantologie non prise en charge par l'AMO							
Plafonds de remboursements (hors soins) incluant les montants remboursés dans le panier 100 % Santé	-	500 €/an/bénéficiaire 100 % BR au-delà	800 €/an/bénéficiaire 100 % BR au-delà	1200 €/an/bénéficiaire 100 % BR au-delà	1400 €/an/bénéficiaire 100 % BR au-delà	-	-

OPTIQUE – (1 monture + 2 verres) de classe A, B ou mixte (5) dans la limite d'un équipement tous les 2 ans, sauf pour les mineurs de moins de 16 ans tous les ans ou en cas d'évolution de la vue

Equipement du panier 100 % santé* de classe A	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	-	-
Suppléments et prestations pour équipement classe A - Panier 100 %* santé	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	-	-
Equipement classe B - Panier libre							
Monture	100% BR	50€	70€	90€	100€	-	-
Verre simple (par verre) ⁽⁶⁾	100% BR	50€	60€	70€	80€	-	-
Verre complexe (par verre) ⁽⁷⁾	100% BR	90€	100€	110€	120€	-	-
Verre très complexe (par verre) ⁽⁸⁾	100% BR	110€	120€	130€	140€	-	-
Suppléments et prestations pour équipement classe B - Panier libre	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	-	-
Lentilles remboursées par l'AMO	100% BR	100% BR + 70€/an/ bénéficiaire	100% BR + 80€/an/ bénéficiaire	100% BR + 90€/an/ bénéficiaire	100% BR + 100€/an/ bénéficiaire	-	-
Lentilles non remboursées par l'AMO	-	70€/an/ bénéficiaire	80€/an/ bénéficiaire	90€/an/ bénéficiaire	100€/an/ bénéficiaire	-	-
Chirurgie réfractive	-	-	100€/ œil /an/ bénéficiaire	150€/ œil /an/ bénéficiaire	250€/ œil /an/ bénéficiaire	-	-

AUTRES SOINS
Médecine complémentaire

Shiatsu, acupuncteur, ostéopathe, chiropracteur, étiopathie, réflexologue, naturopathe, phytothérapeute, psychologue, sexologue, psychomotricien, ergothérapeute, sophrologue, pédicure-podologue, diététicien, nutritionniste, hypnothérapeute, mésothérapeute, microkinésithérapeute

30€/
an/
bénéficiaire

2x30€/
an/
bénéficiaire

3x30€/
an/
bénéficiaire

4x30€/
an/
bénéficiaire

Cure thermale pris en charge par l'AMO sur présentation d'un justificatif
Honoraires

• Médecins OPTAM / OPTAM-CO

100% BR

• Médecins non OPTAM / OPTAM-CO

100% BR

Frais d'établissement

100% BR

Frais de transport et d'hébergement
(par an et par bénéficiaire)

50€

100€

150€

PRÉVENTION

Tous les actes de prévention du contrat responsable pris en charge par la Sécurité Sociale

100% BR

100% BR

100% BR

100% BR

100% BR

-

100% BR

SERVICES
Tiers payant inclus

Oui

Oui

Oui

Oui

Oui

Oui

Télétransmission

Oui

Oui

Oui

Oui

Oui

Oui

Espace adhérent

Oui

Oui

Oui

Oui

Oui

Oui

Assistance

Oui

Oui

Oui

Oui

Oui

Oui

Protection Juridique

Oui

Oui

Oui

Oui

Oui

Oui

Prévention, conseil médical et consultation en ligne - Second avis médical

Oui

Oui

Oui

Oui

Oui

Oui

GARANTIES SUPPLÉMENTAIRES

Obsèques (assureur MUTAC)

NON

NON

OUI

OUI

OUI

NON

Géosentinel

OUI

OUI

OUI

OUI

OUI

OUI

Exonération de cotisation en cas d'hospitalisation

OUI

OUI

OUI

OUI

OUI

OUI

AMO : Assurance Maladie Obligatoire

OPTAM : Option Tarifaire Maîtrisée

OPTAM-CO : Option Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique

SS : Sécurité Sociale

BR : Base de remboursement

FR : Frais réels

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

- (1) Pour les niveaux 2 à 5 et H1, H2, la prestation chambre particulière n'est ouverte qu'après un délai d'attente de 6 mois à compter de la prise d'effet du contrat. En cas d'hospitalisation liée à un accident, le délai d'attente ne s'applique pas. De plus, la prise en charge de la chambre particulière est limitée à 30 jours par an et par bénéficiaire pour les remboursements en établissement ou unité spécialisés en soins de suite et de réadaptation et hospitalisation psychiatrique.
- (2) Pour les niveaux H1 et H2, lorsque le droit à la chambre particulière est ouvert, une franchise de 5 jours s'applique avant prise en charge.
- (3) La prise en charge est limitée à 1 700 euros par aide auditive de classe II, incluant la prise en charge du régime de base.
- (4) Les prestations dentaires (hors actes dentaires 100% santé) des niveaux 4 et 5 sont limitées aux prestations dentaires du niveau 3 durant trois mois à compter de la prise d'effet du contrat.
- (5) Équipement composé de verres et d'une monture appartenant à des classes différentes (classe A et classe B).
- (6) **Verres simples :** verres unifocaux dont la sphère est comprise entre -6 et +6 ou dont la sphère est comprise entre -6 et 0 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 ou dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à +6.
- (7) **Verres complexes :** verres unifocaux dont la sphère est hors zone de -6 à +6 ou dont la sphère est comprise entre -6 et 0 et dont le cylindre est supérieur à +4 ou dont la somme sphère + cylindre est supérieure à +6, verres unifocaux dont la sphère est inférieure à -6 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre -4 et +4 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre -8 et 0, et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à +8.
- (8) **Verres très complexes :** verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est hors zone de -4 à +4 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre -8 et 0 et dont le cylindre est supérieur à +4 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est inférieure à -8 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est supérieure à +8.»

* Tels que définis réglementairement

CONDITIONS GÉNÉRALES

OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat a pour objet de garantir au membre participant et le cas échéant à ses ayants droit, le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux qu'ils ont engagés, dans la limite des garanties et du niveau souscrit (cf. Descriptif des prestations).

DÉLÉGATION DE GESTION

La gestion administrative du présent contrat est confiée à ASRAMA GESTION - 243 avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 Montéoux

ADHÉSION ET VIE DU CONTRAT

Conditions d'adhésion

Pour être assurable au titre du présent contrat, le membre participant et ses éventuels ayants droit doivent être des personnes physiques résidant en France métropolitaine (**hors Monaco**), en Corse ou dans les DROM (**à l'exclusion de Mayotte**), à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin (**territoire français**). **Pour adhérer au contrat, le membre participant doit être âgé d'au moins 18 ans au moment de son adhésion.**

Tous les membres d'une même famille doivent souscrire le même niveau de garantie (un contrat par famille), à l'exception du couple si chacun d'eux dispose d'un numéro de Sécurité sociale distinct et souhaite un niveau de garantie différent. Dans ce cas, chaque membre du couple complète son propre bulletin d'affiliation.

Les bénéficiaires des prestations doivent être affiliés à l'un des régimes de base de la protection sociale française (cf. lexique).

Il est précisé que les garanties ne sont pas éligibles au dispositif de complémentaire santé solidaire prévu aux articles L. 861-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

Formalités d'adhésion

Le membre participant doit compléter, signer et dater un bulletin d'affiliation, en indiquant le niveau de garantie choisie et les éventuels ayants droit à garantir.

Prise d'effet de l'adhésion

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le bulletin d'affiliation sous réserve du paiement de la 1^{ère} cotisation. La date d'effet ne peut être antérieure à la date de signature du bulletin d'affiliation.

Droit de renonciation

Informations spécifiques à la vente à distance :

La garantie est vendue à distance si elle est conclue au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance, notamment vente par correspondance ou Internet. Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance sont à la charge du membre participant (coûts des communications téléphoniques, connexions à Internet) et ne feront l'objet d'aucun remboursement.

Dans le cadre de la vente à distance, le membre participant dispose d'un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la prise d'effet de l'adhésion ou à compter du jour où il reçoit les conditions contractuelles et les informations, si cette dernière date est postérieure à celle de la prise d'effet de l'adhésion (article L. 221-18 du Code de la mutualité).

Informations en cas d'adhésion dans le cadre d'un démarchage à domicile :

Le membre participant ne peut plus exercer son droit de renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu les garanties du contrat.

Dans le cadre du démarchage à domicile, le membre participant dispose d'un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion (article L.221-18-1 du Code de la mutualité). Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à la mutuelle ou à l'union si le membre participant exerce son droit de renonciation alors que la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du règlement ou du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenue pendant le délai de renonciation.

En cas de renonciation, les dispositions suivantes s'appliquent (sauf dispositions particulières rappelées ci-après) :

- si des prestations ont été versées, le membre participant s'engage à rembourser à la Mutuelle les montants éventuellement perçus dans un délai de 30 (trente) jours ;
- si des cotisations ont été perçues, la Mutuelle les remboursera au membre participant dans un délai de 30 (trente) jours.

Modalités d'exercice du droit de renonciation

Le courrier de renonciation devra être envoyé à ASRAMA GESTION - 243 avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 Montéoux, en recommandé avec avis de réception.

Modèle de lettre de renonciation :

« Je soussigné(e) (Nom, Prénom et numéro de membre participant), , demeurant à , ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat (Nom et N° de contrat) que j'ai signé le (date) ».

À , Le

Signature

Prise d'effet des garanties

Le droit aux prestations est acquis à la date de prise d'effet de l'adhésion ou de l'inscription au contrat en cas de modification de la situation de la famille.

Aucun délai d'attente ne s'applique sur les garanties.

Modification de la garantie

Les changements de garantie ne sont pas possibles au cours de la 1^{ère} année d'adhésion.

Après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription pour les contrats de complémentaire santé, le membre participant pourra demander la modification de son niveau (en optant pour un niveau inférieur ou supérieur) pour un effet le 1^{er} jour du mois suivant la demande. La demande de modification de la garantie, adressée au gestionnaire, devra se faire par écrit. En cas de changement de niveau au sein de la gamme, ou de changement de gamme, les prestations et plafonds de 1^{ère} année s'appliquent.

Conformément au contrat dit « responsable », le changement de niveau de garantie n'a pas pour effet d'octroyer un nouveau forfait « équipement optique » ou « aides auditives » au bénéficiaire des prestations si ce dernier l'a consommé avant ledit changement. Le forfait « équipement optique » ou « aides auditives » se renouvelle selon les modalités prévues à l'article « FONCTIONNEMENT DES PRESTATIONS DE L'EQUIPEMENT OPTIQUE » ou à l'article « AIDS AUDITIVES » de la présente Notice.

Durée de l'adhésion

La garantie acquise est viagère sauf en cas de déclarations inexactes faites à l'adhésion ou de perte de la qualité d'assuré social affilié à un régime de base ou dans les cas définis au paragraphe CESSATION DES GARANTIES. En cours de contrat, aucun bénéficiaire des prestations ne peut être exclu de la garantie, ni voir sa cotisation majorée en raison d'une dégradation de son état de santé.

L'adhésion s'entend pour la durée de l'année civile en cours, puis se renouvelle annuellement au 1^{er} janvier, par tacite reconduction.

Changement de situation du bénéficiaire des prestations

Le membre participant doit informer le Gestionnaire par écrit, dans le mois qui suit tout changement dans la situation d'un bénéficiaire des prestations :

- d'un changement de situation familiale ayant un impact sur l'adhésion (mariage, décès, naissance, adoption, concubinage, pacte civil de solidarité (PACS), enfant de plus de 20 ans cessant d'être scolarisé) sur présentation d'un justificatif ;
- d'un changement d'adresse : par défaut, les lettres adressées au dernier domicile connu produiront tous leurs effets ;
- d'un changement du département de résidence : les modifications tarifaires éventuelles liées au changement du département de résidence, prennent effet à compter du changement de département de résidence ;
- d'un changement du régime de base ;
- d'un changement de compte bancaire débité.

GARANTIES

Risques couverts

Les prestations garanties sont complémentaires aux prestations en nature des Assurances Maladie et Maternité du régime de base du bénéficiaire des prestations et leur attribution est subordonnée à la déclaration et à la prise en charge par cet organisme des frais engagés par le bénéficiaire des prestations (sauf mention explicite dans le descriptif des prestations). Les prestations accordées par la mutuelle visent au remboursement des dépenses pour les types d'actes ci-après énumérés, sous réserve des exclusions figurant à l'article « **RISQUES EXCLUS** ».

Seuls les frais expressément mentionnés dans le descriptif des prestations sont pris en charge.

Hospitalisation

Le forfait hospitalier, mentionné dans le descriptif de prestations, correspond au forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale fixé par arrêté.

Seuls sont pris en charge les soins et séjours effectués au sein des établissements sanitaires. On entend par établissements sanitaires :

- les établissements de médecine, chirurgie, obstétrique ;
- les établissements et unités spécialisés :
 - de psychiatrie,
 - de soins de suite,
 - de réadaptation.

Pour pouvoir être indemnisé, le séjour doit donner lieu en outre à facturation du forfait journalier (sauf dans le cas de l'hospitalisation à domicile).

Les séjours en établissements ou unités spécialisées sont pris en charge même s'ils ne font pas suite à une hospitalisation.

Les prestations et séjours effectués au sein des établissements médico-sociaux ne sont pas pris en charge.

Chambre particulière

Pour les niveaux 2 à 5 et H1, H2, la prestation chambre particulière n'est ouverte qu'après un délai d'attente de 6 mois à compter de la prise d'effet du contrat. En cas d'hospitalisation liée à un accident, le délai d'attente ne s'applique pas. Par ailleurs, la prise en charge de la chambre particulière est limitée à 30 jours par an et par bénéficiaire pour les remboursements en établissement ou unité spécialisés en soins de suite et de réadaptation et hospitalisation psychiatrique.

De plus, pour les niveaux H1 et H2, lorsque le droit à la chambre particulière est ouvert, une franchise de 5 jours s'applique avant prise en charge.

Fonctionnement des prestations de l'équipement optique

Le descriptif de prestations distingue les équipements de la classe A relevant du panier 100 % Santé et les équipements de la classe B hors panier 100 % santé.

Les équipements classe A font l'objet d'une prise en charge renforcée telle que définie par l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix limite de vente (PLV) en application de l'article L. 165-3 du Code de la Sécurité sociale, et sous déduction de la prise en charge du régime de base.

En conséquence, une fois le remboursement effectué par la Sécurité Sociale et celui opéré au titre de votre contrat complémentaire, aucun reste à charge ne sera supporté par le bénéficiaire des prestations.

Les équipements de classe B bénéficieront d'une prise en charge intervenant dans la limite fixée par les textes relatifs aux contrats responsables et conformément au niveau de garanties souscrit. Ainsi, un éventuel reste à charge pourra être supporté par le bénéficiaires des prestations.

Les montants en euros des forfaits optiques du descriptif de prestations intègrent la prise en charge du régime de base.

Cas particulier pour les équipements mixtes

Les équipements mixtes sont composés d'une part, de verres, et d'autre part d'une monture, de classes différentes (classe A ou B).

La prise en charge de chacune des composantes de l'équipement optique (monture et verres), se fera à hauteur des forfaits spécifiquement dédiés à chacune d'entre elles (cf. descriptif des prestations).

Conditions de renouvellement

Les prestations sont allouées conformément à la législation en vigueur du contrat responsable et par période de 2 (deux) ans pour les actes du panier 100 % santé et pour les actes hors panier 100 % santé. Ce délai commence à courir à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique (monture + verres).

Toutefois, pour les mineurs de moins de 16 ans, les prestations s'appliquent par période annuelle à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique sur présentation d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

Les prestations s'appliquent par période de 6 (six) mois pour les enfants jusqu'à l'âge de 6 ans, uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Dans les autres cas, les prestations s'appliquent par période annuelle.

Conditions de renouvellement anticipé

Les prestations sont allouées par période annuelle pour les personnes d'au moins 16 ans en cas de renouvellement complet de l'équipement justifié par une évolution de la vue. L'évolution de la vue est constatée soit par la présentation d'une nouvelle prescription médicale, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

L'évolution de la vue est caractérisée par l'une des situations suivantes :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

Cas particulier du renouvellement anticipé des verres

Aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable, sous réserve de la présentation d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de la situation médicale particulière, dans les cas suivants :

- pour les personnes de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue ;
- pour toutes personnes en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale.

Fonctionnement des montants exprimés en euros (hors équipement optique et aides auditives)

Les montants exprimés en euros sont alloués par année civile et par bénéficiaire à compter de la date d'effet de la garantie.

Dentaire

Le descriptif de prestations distingue les actes relevant du panier 100% Santé et les actes hors panier 100% Santé.

Sont visés par les actes du panier 100% Santé les actes définis par arrêté des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du Code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente), ou en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du Code la Sécurité sociale, et sous déduction de la prise en charge du régime de base.

Sont visés par les actes hors panier 100% Santé, les actes du panier à reste à charge modéré (avec des honoraires limites de facturation, remboursement conformément au niveau de garanties de l'assuré) et les actes du panier à prix libre (absence d'honoraires limites de facturation, remboursement conformément au niveau de garanties de l'assuré).

Les plafonds dentaires s'appliquent sur tous vos actes dentaires hors soins, y compris ceux du panier 100% Santé.

Une fois les plafonds dentaires atteints, le remboursement est limité comme suit :

- pour les Inlays-Onlays, les prothèses dentaires et l'orthodontie, au ticket modérateur, sous déduction des prises en charge du régime de base ;
- pour les actes du panier 100% Santé, à la hauteur des frais réels, sous déduction des prises en charge du régime de base.

Aides auditives

Le descriptif de prestations distingue les actes relevant du panier 100% Santé et les actes hors panier 100 % Santé.

Les aides auditives ne sont remboursées par la Mutuelle que si elles ont été préalablement prises en charge par la Sécurité sociale.

La prise en charge par la Mutuelle des prestations Aides auditives est différente en fonction de la classe à laquelle appartient l'aide auditive, à savoir à la classe I ou la classe II.

Conformément à la réforme dite « 100 % Santé », les aides auditives appartenant à la classe I font l'objet d'une prise en charge renforcée telle que définie à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix limite de vente (PLV) en application de l'article L. 165-3 du Code de la Sécurité sociale, et sous déduction de la prise en charge du régime de base. À ce titre, une fois le remboursement effectué par le régime de base et celui opéré au titre de votre Contrat complémentaire, aucun reste à charge ne sera supporté par le bénéficiaire des prestations.

Les aides auditives de classe II bénéficieront d'une prise en charge intervenant dans la limite fixée par les textes relatifs aux contrats responsables et conformément au niveau de garanties souscrit. Ainsi, un éventuel reste à charge pourra être supporté par le bénéficiaire des prestations. **La prise en charge est limitée à un équipement tous les 4 (quatre) ans par oreille à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive et dans la limite de 1 700 euros par aide auditive de classe II incluant la prise en charge du régime de base.**

Conformément à la réforme dite « 100% Santé », la périodicité de renouvellement de 4 (quatre) ans à compter de la dernière prise en charge de l'aide auditive par le régime de base tient compte des 4 (quatre) années antérieures.

Médicaments

La liste des médicaments et leur taux de prise en charge par la Sécurité sociale est disponible sur le site medicaments.gouv.fr

Cures thermales

Seules les cures thermales médicalement prescrites et acceptées par le régime de base sont prises en charge.

Actes de médecine complémentaire

Les actes non pris en charge par le régime de base sont remboursés dans les limites prévues au descriptif de prestations : spécialités reconnues, et nombre de séances toutes spécialités confondues.

Ces actes doivent être réalisés par des praticiens pouvant justifier d'un diplôme d'état ou universitaire, d'une formation certifiée par l'École de la spécialité ou d'une certification par la fédération française de la discipline.

Étendue territoriale des garanties

Les garanties sont accordées dans le monde entier lors des séjours n'excédant pas trois mois par an. Toutefois, l'indemnisation des soins effectués à l'étranger est subordonnée à la prise en charge par le régime de base en France.

Les remboursements de soins à l'étranger se font à hauteur du ticket modérateur uniquement pour les actes pris en charge par la Sécurité sociale française.

Les règlements sont effectués en France et en euros.

DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Télétransmission

Afin d'éviter l'envoi des décomptes papiers, la mutuelle pratique la télétransmission informatique des décomptes de prestations du régime de base.

Lorsque celle-ci est opérationnelle, la mention « nous avons également transmis ces informations à votre organisme complémentaire » figure sur le décompte de votre régime de base. Le service de télétransmission est un service gratuit. Cette liaison est réalisée à réception des attestations délivrées avec la carte Vitale de tous les bénéficiaires des prestations inscrits.

Lorsque la télétransmission n'est pas opérationnelle, les bénéficiaires des prestations doivent adresser à la mutuelle ou à son délégataire de gestion les décomptes originaux des prestations délivrés par le régime de base pour obtenir le règlement des prestations. En outre, pour obtenir le règlement des prestations dont les montants sont exprimés en euros (dentaire, optique...), le bénéficiaire des prestations doit envoyer à la mutuelle les factures originales et acquittées et, le cas échéant, les prescriptions médicales pour les actes non pris en charge par le régime de base.

Dans tous les cas, la mutuelle peut subordonner le service des prestations à la communication préalable par le bénéficiaire des prestations d'informations ou justificatifs complémentaires. Le refus de communiquer les éléments demandés peut entraîner la perte de tous droits aux prestations.

La date des soins prise en compte est celle retenue par le régime de base sur le décompte.

Délai de versement des prestations

Le remboursement en tout ou partie des frais engagés par le bénéficiaire des prestations intervient dans les meilleurs délais à compter de la réception par le gestionnaire de l'ensemble des pièces justificatives permettant de traiter la demande de paiement.

Les demandes de remboursements doivent être présentées dans un délai maximum de 2 (deux) ans à partir de la date de l'événement ouvrant droit à la prestation.

En cas de déclaration tardive causant un préjudice à la Mutuelle et prouvé celle-ci a la possibilité de refuser le versement de la prestation demandée.

Prise en charge en cas d'hospitalisation

En cas d'hospitalisation dans toute la France dans un établissement conventionné (cliniques, hôpitaux publics et privés) pratiquant le tiers payant avec les caisses de Sécurité sociale, la mutuelle délivre des prises en charge.

Tiers payant

Le tiers payant permet aux bénéficiaires des prestations d'éviter l'avance de la partie des dépenses de santé dans la limite de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Cette dispense résulte d'accords conclus par les établissements et les praticiens et les organismes sociaux en application de l'article L. 160-10 du Code de la Sécurité sociale.

Le tiers payant est disponible dans tous les départements, ainsi qu'à Saint-Barthélemy et Saint-Martin (**territoire français**) et selon les accords passés avec les praticiens.

Pour les prestations « Optique, Dentaire, Ostéopathie, Audioprothèse et Hospitalisation », le tiers payant évite l'avance des frais, **dans la limite du contrat souscrit et dans la limite du ticket modérateur pour les autres actes.**

Contrôle des prestations

La mutuelle ou son gestionnaire, peut demander au bénéficiaire des prestations, par l'intermédiaire de son médecin conseil si besoin, tout renseignement ou document complémentaire qu'elle/il juge utile, et le cas échéant demander une expertise

médicale, afin de permettre l'appreciation du droit aux prestations notamment en ce qui concerne le principe et la fréquence de l'engagement des dépenses et leur montant.

À peine de déchéance, le bénéficiaire des prestations doit lui communiquer sans délai ces informations et se soumettre à toute expertise médicale éventuelle. Le bénéficiaire des prestations a la possibilité de se faire accompagner lors de cette expertise médicale par un médecin de son choix agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine. Les frais et honoraires du médecin que le bénéficiaire des prestations a choisi, demeurent à sa charge.

Lorsque les informations sont demandées par le médecin conseil, elles sont transmises soit directement sous pli confidentiel, soit par l'intermédiaire de son médecin.

La mutuelle ou son gestionnaire peut également interroger la / les Caisse(s) Primaire(s) d'Assurance Maladie ou toute personne ayant réalisé une facturation de soins à l'encontre du bénéficiaire des prestations afin de confronter les décomptes et justificatifs fournis par le bénéficiaire des prestations.

En fonction du résultat de ces contrôles, la mutuelle ou son gestionnaire se réserve le droit de contester au regard des dispositions de la présente adhésion, la prise en charge des frais dont le remboursement est demandé ou qui a déjà été réalisé ou le montant de sa prise en charge.

De plus, en cas de fraude avérée, la mutuelle ou son gestionnaire :

- procède à la demande de restitution des frais versés au bénéficiaire des prestations le cas échéant ;
- se réserve le droit de procéder à la radiation du bénéficiaire des prestations conformément aux statuts de la mutuelle et d'engager toute poursuite judiciaire qu'elle jugera utile.

En cas de désaccord entre le médecin du bénéficiaire des prestations et le médecin conseil, les deux parties font appel à un troisième médecin pour les départager dans le mois suivant la décision rendue, et à l'avis duquel les parties doivent se ranger.

Faute d'accord sur le choix de ce médecin, un médecin est désigné par la juridiction compétente sur requête de la partie la plus diligente.

De convention expresse, le bénéficiaire des prestations reconnaît le droit de subordonner la mise en jeu de la garantie au respect de ces conditions. En cas de refus du bénéficiaire des prestations, la mutuelle ou son gestionnaire pourra, s'opposer à la mise en jeu de la garantie.

RISQUES EXCLUS

Ne sont pas pris en charge les frais qui sont la conséquence de :

- la guerre civile et étrangère ;
- la désintégration du noyau atomique ;
- la faute intentionnelle ou dolosive du bénéficiaire des prestations prouvée par la mutuelle ou son gestionnaire ;
- l'usage de stupéfiants non ordonnés médicalement.

De plus, ne sont pas pris en charge :

- les frais relatifs aux soins effectués antérieurement à la date d'adhésion ou postérieurement à la date de cessation des garanties ;
- les séjours qui sont en cours à la date d'adhésion, dans tous types d'établissements, sauf si l'adhésion fait suite à une couverture antérieure, sans interruption entre les deux contrats ;
- les séjours et frais relatifs aux établissements et services sociaux, médico-sociaux, médico-pédagogiques ; aux établissements ou unités de longs séjours ; aux établissements ou unités pour personnes âgées ;
- la chirurgie esthétique et les actes esthétiques non pris en charge par le régime de base ;
- les actes cotés hors nomenclature sauf mention contraire prévue dans le descriptif des prestations.

Le contrat dit « responsable » (Niveaux 1 à 5) ne couvre pas, conformément à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application :

I. La participation forfaitaire instaurée par l'article L. 160-13-II du Code de la Sécurité sociale et la franchise médicale instaurée par l'article L. 160-13-III du Code de la Sécurité sociale ;

II. Les pénalités résultant du non-respect du parcours de soins :

- la majoration du ticket modérateur mentionnée à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale ;
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18^e de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;

III. Tout autre acte, prestation, majoration, franchise ou dépassement d'honoraire dont la prise en charge serait exclue par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

Aucune exclusion ne peut être opposée à la prise en charge des frais pour lesquels des obligations minimales de couverture sont fixées aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Le contrat dit « non-responsable » (Niveaux H1 et H2) ne couvre pas :

- I. La participation forfaitaire instaurée par l'article L. 160-13-II du Code de la Sécurité sociale et la franchise médicale instaurée par l'article L. 160-13-III du Code de la Sécurité sociale ;
- II. Les pénalités résultant du non-respect du parcours de soins :
 - la majoration du ticket modérateur mentionnée à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale ;
 - les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18^e de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;
- III. Tout autre acte, prestation, majoration, franchise ou dépassement d'honoraire dont la prise en charge serait exclue.

Limite de prestations

Conformément à l'article 9 alinéa 1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et à l'article 2 alinéa 1 du décret n° 90-769 du 30 août 1990, les remboursements ou 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'assuré après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant 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, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

En tout état de cause, le cumul des remboursements obtenu du régime de base et des garanties complémentaires ne pourra dépasser les plafonds prévus par le dispositif du contrat responsable.

Cessation des garanties

Les garanties cessent dans les cas suivants :

- dès que le bénéficiaire des prestations ne remplit plus les conditions pour être garanti ;
- en cas d'exercice de la faculté de renonciation ;
- en cas de dénonciation de l'adhésion suite à une modification

du contrat d'assurance de groupe, en application des dispositions de l'article L. 221-6 du Code de la mutualité ;

- en cas de décès du bénéficiaire des prestations ;
- en cas de résiliation par le membre participant à tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription du contrat, au choix du membre participant :
 - 1 - soit par lettre ou tout autre support durable ;
 - 2 - soit par déclaration faite au siège d'ASRAMA GESTION - 243 avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 Monteux ;
 - 3 - soit par acte extrajudiciaire ;
 - 4 - soit, lorsque la mutuelle propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
 - 5 - soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

En cas d'exercice d'une des facultés de résiliation précitées, le membre participant peut notifier sa demande via la fonctionnalité prévue à cet effet sur son espace adhérent. Le Gestionnaire confirme la réception de la notification et informe le membre participant par tout support durable, dans des délais raisonnables, de la date à laquelle le contrat prend fin et des effets de la résiliation. La résiliation prend effet un mois à compter de la réception de cette notification ; les cotisations restent dues jusqu'à la date d'effet de la résiliation. En cas d'encaissement de cotisations pour la période non couverte, le gestionnaire sera tenu au remboursement de celles-ci dans un délai de trente (30) jours à compter de la date d'effet de la résiliation.

- en cas de résiliation par le membre participant à l'échéance annuelle au 31 décembre, en utilisant tout support énuméré ci-dessus et prévu par l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité, avec un préavis de 2 (deux) mois (avant le premier novembre) ; les cotisations restent dues pour la totalité de l'exercice (jusqu'au 31 décembre) ;
- en cas de démission du membre participant de l'association : celle-ci s'effectue dans les mêmes conditions que celles prévues ci-dessus en cas de résiliation par le membre participant ;
- en cas de non-paiement des cotisations : Cf. § DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS.

Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation.

Les conditions de radiation d'un ayant droit sont identiques aux conditions de résiliation d'un membre participant.

COTISATIONS

Montant des cotisations

Le montant de la cotisation est fonction du niveau de garantie choisi, du département de résidence principale du membre participant, de l'âge des bénéficiaires des prestations, de la composition familiale et du régime de base.

À ces cotisations s'ajoutent la cotisation d'adhésion à l'association.

L'âge retenu est celui du bénéficiaire des prestations au 1^{er} janvier de chaque année.

La gratuité de la cotisation à partir du 3^e enfant (ayant droit à charge du membre participant ou de son conjoint), cesse au 1^{er} janvier de l'année de ses 20 ans et au maximum au 1^{er} janvier de ses 25 ans s'il poursuit des études. À partir de cette date, l'enfant devra souscrire son propre contrat d'assurance santé complémentaire.

Cas particulier :

- le montant de la cotisation enfant n'évolue pas en fonction de l'âge jusqu'au 1^{er} janvier de l'année des 20 ans du bénéficiaire des prestations. À partir de cette date, il se verra appliquer une cotisation adulte ;
- à compter du 1^{er} janvier de l'année de ses 91 ans, la cotisation du bénéficiaire des prestations n'évolue plus en fonction de l'âge.

Exemption du droit d'adhésion

Le droit d'adhésion à la mutuelle n'est pas dû pour les adhésions au présent contrat.

Paiement des cotisations

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, semestriellement et trimestriellement par chèque ou prélèvement SEPA. Elles sont également payables mensuellement par prélèvement bancaire.

Variations des cotisations et des garanties

Outre l'évolution en fonction de l'âge, les cotisations peuvent également évoluer au premier janvier de chaque année en fonction de l'évolution des dépenses de la Sécurité sociale, et des résultats du contrat.

De même, les garanties et les cotisations peuvent être réactualisées à tout moment en cas de modification des remboursements des régimes de base, ou de la législation fiscale ou sociale.

Défaut de paiement des cotisations

En cas de non-paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, la Mutuelle adressera au membre participant par lettre recommandée, une mise en demeure pouvant entraîner sa résiliation à l'expiration d'un délai de quarante jours, dans les conditions définies à l'article L. 221-8 II du Code de la mutualité.

Les cotisations sont dues jusqu'à la fin de l'exercice en cours. Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation.

En cas de mise en demeure dans le cadre du non-paiement de tout ou partie de la cotisation due par le membre participant, des frais de poursuites et de recouvrement seront appliqués à son encontre, pour un montant forfaitaire de quinze euros.

LOI MADELIN

Le travailleur non-salarié, non agricole en activité peut bénéficier de la déductibilité fiscale de ses cotisations pour le présent contrat, s'il remplit les conditions prévues par cette loi. Il doit notamment être à jour du paiement de ses cotisations dues au titre de son régime obligatoire, et éventuellement de celles de son conjoint et de ses enfants.

Le contrat est compatible avec le dispositif Madelin, **uniquement pour les niveaux 1 à 5.**

DISPOSITIONS DIVERSES

Protection des données à caractère personnel

Les informations recueillies par ASRAMA GESTION font l'objet d'un traitement informatique aux fins de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non-traitement du dossier. Ces informations peuvent également être traitées en vue du respect d'obligations légales, notamment en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ou de l'intérêt légitime du responsable de traitement, notamment dans le cadre de la lutte contre la fraude.

Enfin, les données personnelles collectées sont susceptibles d'être utilisées à des fins statistiques, commerciales, de reporting, d'amélioration des services proposés ou de profilage, sur la base des intérêts légitimes du responsable de traitement.

Elles seront conservées pour des durées qui varient en fonction des finalités susvisées, et au maximum pendant la durée de la relation

contractuelle, à laquelle s'ajoutent les durées de prescription légale en vigueur.

Les destinataires des données sont, suivant les finalités et dans la limite de leurs attributions : les services compétents d'ASRAMA GESTION, l'organisme d'assurance, le cas échéant, l'intermédiaire en assurances, le réassureur, l'association souscriptrice, ainsi que les tiers habilités appelés à connaître le contrat en raison de sa gestion. ASRAMA GESTION prend toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles collectées.

Enfin, si le contrat donne accès aux services «Prévention, conseil médical et consultation en ligne - Second avis médical» et si le bénéficiaire des prestations choisit d'y avoir recours, ses données personnelles seront traitées en vue de déterminer son éligibilité aux services. Ce traitement sera effectué conjointement par Miltis et Teladoc Health France Service Médical

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 et à la loi «Informatique et libertés» du 6 janvier 1978 modifiée, toute personne concernée dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données la concernant ainsi que du droit de demander la limitation du traitement ou de s'y opposer. En outre, toute personne concernée a la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données personnelles applicables après son décès. Les demandes d'exercice de ces droits sont à adresser à : ASRAMA GESTION - à l'attention du D.P.O - 243 avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 Monteux ou contact-cnil@asrama.fr. ASRAMA GESTION se chargera si nécessaire de diffuser ces demandes aux destinataires concernés. En cas de désaccord persistant, toute personne concernée peut introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy, 75007 Paris.

ASRAMA GESTION se chargera de diffuser ces éventuelles modifications aux autres destinataires.

Autorité chargée du contrôle

Conformément au Code de la mutualité, la mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 place de Budapest – CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

Fonds de garantie

Il existe un fonds de garantie contre la défaillance des mutuelles et unions pratiquant des opérations d'assurance instauré par le décret n° 2011-733 du 27 juin 2011 (article L.431-1 du Code de la mutualité).

Prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code de la mutualité.

Article L 221-11 du Code de la mutualité :

Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre 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, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;
2. En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci (...).

Article L 221-12 du Code de la mutualité :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription* et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par la mutuelle ou l'union au membre participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Art L 221-12-1 du Code de la mutualité :

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties à une opération individuelle ou collective 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.

*Causes ordinaires d'interruption de la prescription communes aux organismes relevant du Code de la mutualité.

En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'organisme assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil) ;
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action 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 2241 du Code civil) ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée [commandement de payer, saisie... (article 2244 du Code civil)] ;

- 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. À noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier, n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil) ;
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

La prescription est également interrompue en cas de saisine du médiateur.

Sanction en cas de fausse déclaration

Les déclarations faites par l'adhérent pour lui-même et les autres bénéficiaires des prestations servent de base à l'adhésion. En cas de réticence, omission ou déclaration fausse ou inexacte intentionnelle ou non lors de l'adhésion ou lors de la déclaration de sinistre, seront appliquées selon les cas, les dispositions des articles L. 221-14 (nullité du contrat), L.221-15 (réduction des indemnités) du Code de la mutualité.

Subrogation

En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, la mutuelle exercera son recours contre le tiers responsable à concurrence des prestations et indemnités versées au bénéficiaire.

Examen des réclamations - Médiation

En cas de mécontentement, le réclamant peut adresser une réclamation au Gestionnaire, par le biais d'un des canaux de contacts suivants :

- courrier adressé à ASRAMA GESTION - Service Réclamations - 243 avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 Monteuex, en précisant son numéro le cas échéant ;
- e-mail adressé à reclamation@asrama.fr, en précisant son numéro le cas échant.

ASRAMA GESTION en accusera réception de la réclamation dans un délai maximum de 10 (dix) jours ouvrables suivant la date d'envoi de la réclamation écrite (sauf si une réponse a pu être apportée à l'intéressé au cours de ce délai) et, en tout état de cause, apportera une

réponse à la réclamation dans un délai maximum de 2 (deux) mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite.

Lorsqu'aucune solution à un litige n'a pu être trouvée ou si ASRAMA GESTION n'a pas répondu dans le délai de 2 (deux) mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite, le réclamant peut saisir le Médiateur CMAP dans le délai d'un an après l'envoi de la première réclamation écrite auprès de ASRAMA GESTION, quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle a été formulée et qu'il y ait été ou non répondu selon les modalités suivantes :

- soit via le formulaire à disposition sur le site du CMAP à l'adresse : mediateur-conso.cmap.fr ;
- soit par courrier électronique à : consommation@cmap.fr ;
- soit par courrier postal l'adresse suivante : CMAP – Service Médiation de la consommation, 39 avenue Franklin Roosevelt, 75008 Paris.

Le réclamant doit impérativement préciser au CMAP l'objet du litige et lui adresser toutes les pièces du dossier. À défaut, la saisine ne pourra être prise en compte.

Exerçant sa mission gratuitement et en toute indépendance, le Médiateur ne peut intervenir qu'à la condition qu'aucune action en justice n'ait été engagée.

Après avoir instruit le dossier, le Médiateur rend un avis motivé dans les trois mois. Cet avis ne lie pas les parties qui peuvent en toute liberté, saisir éventuellement le tribunal compétent.

Action de Mutualisation pour l'amélioration du Pouvoir d'Achat (ACTIOM). Souscripteur du contrat
8 avenue Roger Lapébie – ZI Chanteloiseau – 33140 Villenave d'Ornon
Association loi 1901

Asrama Gestion. Gestionnaire du contrat

Société par Actions Simplifiée au capital de 425 000 € - Siège social : 25 cours Albert Thomas, 69003 Lyon - RCS LYON 842 565 111 - IDU EMBPG FR347434_01BREA - N° OrIAS : 18 006 620 (orias.fr)

Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie financière conformes au Code des Assurances.

Centre de gestion situé au 243 avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 Monteuex - Tél. : 04 84 85 72 40 - contact@asrama.fr

Miltis. Assureur du contrat

25 cours Albert Thomas - 69003 Lyon • mutuelle-miltis.fr

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 417 934 817)

N° IDU : EMBPG FR331494_01NNNDU



Notices d'informations contractuelles

Miltis Services Santé

« Un univers de services pour vous accompagner aussi bien au quotidien, qu'en cas de coup dur. »

MILTIS ASSISTANCE

Il a été conclu entre :

- d'une part, la mutuelle Miltis soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 417 934 817), dont le siège social est 25, cours Albert Thomas - 69003 Lyon,
- et d'autre part, Fragonard Assurances - 7 rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen - Société Anonyme à Conseil d'administration au capital de 37 207 660 € - 479 065 351 RCS Bobigny - SIRET : 479 065 351 00013 - Entreprise régie par le Code des assurances. Fragonard Assurances est agréé pour les opérations de la branche 18 (article R. 321-1 du Code des assurances), la convention d'assistance n° 50T pour les contrats à adhésion individuelle et n° 51X pour les contrats à adhésion collective. Ci-après désignée sous le nom « MILTIS ASSISTANCE ».

Cette convention est ouverte aux membres participants ou bénéficiaires assurés de la mutuelle Miltis bénéficiant de garanties santé.

Bénéficiaires

Les prestations sont accordées :

Au titre de la convention d'assistance n° 50T pour les contrats à adhésion individuelle :

- au membre participant ayant souscrit l'une des garanties santé proposées par la mutuelle Miltis ;

Bénéficient également de ces prestations d'assistance :

- son conjoint ou concubin, ainsi que la personne ayant conclu un PACS avec le membre participant ;
- leurs enfants fiscalement à charge ;
- leurs ascendants directs, tous vivant habituellement sous le même toit et résidant en France métropolitaine, à la Réunion, à la Martinique, à la Guadeloupe (ainsi qu'à La Désirade, les Saintes et Marie-Galante).

Au titre de la convention d'assistance n° 51X pour les contrats à adhésion collective :

- à la personne physique assurée par le contrat santé ci-après désigné le « Bénéficiaire assuré » ;
- son conjoint (concubin notoire ou la personne liée au Bénéficiaire assuré par un PACS), ci-après désigné le « Conjoint » ;
- les enfants ou petits-enfants fiscalement à charge du Bénéficiaire assuré ou de son Conjoint, âgés de moins de 15 (quinze) ans, ci-après désigné le(s) « Enfant(s) » ;
- les personnes dépendantes et à charge du Bénéficiaire assuré ou de son Conjoint, résidant en France et vivant habituellement sous le même toit.

You can contact us :

Sur simple appel, **MILTIS ASSISTANCE** communique aux membres participants ou aux Bénéficiaires assurés et à leurs ayants droit, les renseignements qui leur sont nécessaires.

Accès sourds et malentendants (24 h / 24) :

- accessibilite.votreassistance.fr ;
- par téléphone au 01 42 99 82 78 (appel non surtaxé) ;
- depuis l'étranger : numéro international du pays d'où émane l'appel suivi du +33 (1) 42 99 82 78.

Why and when to call ?

MILTIS ASSISTANCE is at your disposal 24 h / 24, 365 days per year.

In all cases, do not hesitate to call **MILTIS ASSISTANCE**, even if you are not sure that it falls within the scope of the services offered.

Do not forget :

- de rappeler votre numéro de membre participant ou de Bénéficiaire assuré ;
- de confirmer le numéro de téléphone où vous pouvez être joint ;
- de préciser vos nom, prénom et adresse ;
- pour le service « Garde d'enfant malade à domicile », de vous munir d'un certificat médical concernant la santé de l'enfant ;
- pour le service « École à domicile », de préciser les coordonnées de l'établissement scolaire fréquenté, et tous renseignements qui pourront être demandés sur la scolarité de l'enfant et son état de santé.

Tous les renseignements médicaux transmis aux médecins de MILTIS ASSISTANCE sont strictement confidentiels.

During your first call, a number of assistance will be communicated to you: please repeat it systematically during all your future contacts with **MILTIS ASSISTANCE**.

The fees you will be asked to pay to engage the service **MILTIS ASSISTANCE** will be reimbursed upon sending original justifications within 30 days following the call.

DÉFINITIONS

(uniquement convention d'assistance n° 51X pour les contrats à adhésion collective)

Les termes et expressions qui commencent par une lettre majuscule auront la signification suivante :

ACCIDENT :

Tout événement soudain, imprévisible et violent, extérieur à la victime et indépendant de sa volonté, constituant la cause d'une atteinte corporelle grave.

ANIMAUX DE COMPAGNIE :

Chiens et chats, à l'exclusion de tout autre animal, ayant reçu toutes les vaccinations obligatoires selon la législation en vigueur.

Sont exclus les chiens de 1^{ère} et 2^{nde} catégorie (article L. 211-12 du Code rural et de la pêche maritime).

PERSONNES DÉPENDANTES À CHARGE :

Toute personne dépendante fiscalement à charge du Bénéficiaire assuré ou de son Conjoint, dépendant et vivant sous le toit du Bénéficiaire assuré.

DOMICILE :

Lieu de résidence principale du Bénéficiaire assuré, située en France et dont l'adresse figure sur le dernier avis d'imposition sur le revenu.

FRANCE :

France métropolitaine ainsi que les territoires suivants : Martinique, Réunion, Guadeloupe (ainsi qu'à La Désirade, les Saintes et Marie-Galante), désigné par le Bénéficiaire assuré.

HOSPITALISATION :

Tout séjour dans un établissement de soins privé ou public, prévue ou imprévue, d'une durée supérieure à 2 jours (deux) jours consécutifs.

Sont exclus :

- les hospitalisations à Domicile,
- les hospitalisations chirurgicales à but esthétique.

MALADIE :

Toute altération subite de l'état de santé d'une personne constatée par un médecin, à l'exclusion des maladies chroniques (maladies qui évoluent lentement et se prolongent).

PRESTATAIRE :

Prestataire de service professionnel référencé par Mondial Assistance.

PROCHE :

Toute personne physique, membre de la famille ou non, résidant sur le territoire où se situe le Domicile du Bénéficiaire assuré et désignée par ce dernier.

ASSISTANCE SANTÉ

« Une assistance dans la vie de tous les jours 24 h / 24 - 365 jours par an ».

EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE SUBITE AU DOMICILE

Première urgence, recherche d'un médecin

Outre les secours de première urgence (Pompiers, SAMU...) auxquels les bénéficiaires doivent faire appel en priorité, **MILTIS ASSISTANCE** peut vous apporter son aide ou ses conseils, dans :

- la recherche d'un médecin (uniquement en l'absence du médecin traitant),
- la recherche d'une place en milieu spécialisé (maison de retraite, de remise en forme, clinique, centre de thalasso, centre de rééducation...)
- (service uniquement pour la convention d'assistance 50T pour les contrats à adhésion individuelle),**
- la limite des disponibilités locales, dans l'organisation du transport à l'hôpital par ambulance que le Bénéficiaire aura choisi et le retour au Domicile, lorsque l'état de santé du Bénéficiaire le permet
- (uniquement convention d'assistance n° 51X pour les contrats à adhésion collective).**

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

En Martinique, Réunion, Guadeloupe (ainsi qu'à La Désirade, les Saintes et Marie-Galante), l'organisation des prestations peuvent être délivrées dans la limite du réseau.

Le coût du transport est à la charge du Bénéficiaire. Remboursement dans les conditions habituelles (régime de base et complément par Miltis).

Transport à l'hôpital (service uniquement pour la convention d'assistance 50T pour les contrats à adhésion individuelle)

MILTIS ASSISTANCE organise votre transport en ambulance jusqu'à l'hôpital ou la clinique que vous aurez choisi, de même que votre

retour à domicile. Le coût du transport n'est pas pris en charge par **MILTIS ASSISTANCE**, mais dans les conditions habituelles (régime de base et complément par Miltis).

Envoi de médicaments

Si le Bénéficiaire ne peut temporairement se déplacer **MILTIS ASSISTANCE** organise la livraison des médicaments, leur coût restant à votre charge (remboursement dans les conditions habituelles : régime de base et complément par Miltis).

Cette prestation n'est possible que depuis la France métropolitaine.

Ces interventions sont à la charge du Bénéficiaire.

EN CAS D'HOSPITALISATION

Si vous-même ou votre conjoint êtes hospitalisé **plus de 2 (deux) jours consécutifs**, **MILTIS ASSISTANCE** vous garantit les prestations suivantes :

Garde d'enfants à domicile (maximum 12 heures par jour)

Vous avez la garde de vos enfants ou petits-enfants de moins de 15 ans ; votre état de santé vous empêche de l'assurer. Dans ce cas, **MILTIS ASSISTANCE** organise et prend en charge la prestation d'une assistante maternelle compétente à votre domicile, **pendant 2 (deux) jours à raison de 12 (douze) heures maximum par jour** (de 8 heures à 19 heures, du lundi au vendredi hors jours fériés). Ou, si vous le souhaitez, **MILTIS ASSISTANCE** peut organiser le voyage de vos enfants ou petits-enfants de moins de 15 ans jusqu'au domicile de l'un de vos proches, résidant en France métropolitaine si vous résidez en France métropolitaine ou résidant dans le département d'outre mer où vous résidez (Martinique, Guadeloupe (ainsi qu'à La Désirade, les Saintes et Marie-Galante), Réunion).

Garde des animaux familiers

Vous possédez des animaux familiers (chiens, chats) et votre état de santé vous impose un séjour à l'hôpital. Dans ce cas, **MILTIS ASSISTANCE** peut organiser le gardiennage à votre domicile ou dans un centre agréé. **Cette prestation est limitée à 30 (trente) jours par événement. En Martinique, Réunion, Guadeloupe (ainsi qu'à La Désirade, les Saintes et Marie-Galante), les prestations peuvent être délivrées dans la limite du réseau.**

Garde ou transfert des personnes dépendantes (maximum 12 heures par jour)

MILTIS ASSISTANCE fait le nécessaire pour :

- soit organiser et prendre en charge la garde des personnes dépendantes habitant sous votre toit, **pendant 2 (deux) jours à raison de 12 (douze) heures maximum par jour** (de 8 heures à 19 heures, du lundi au vendredi hors jours fériés) ;
- soit organiser et prendre en charge le coût du transport de ces personnes chez des proches résidant en France métropolitaine si vous résidez en France métropolitaine ou résidant dans le département d'outre mer où vous résidez : Martinique, Réunion, Guadeloupe (ainsi qu'à La Désirade, les Saintes et Marie-Galante).

Garde ou transfert des autres enfants (maximum 12 heures par jour)

Si l'un des enfants est hospitalisé, **MILTIS ASSISTANCE** organise et prend en charge :

- soit la garde des autres enfants de moins de 15 ans **pendant 2 (deux) jours à raison de 12 (douze) heures maximum par jour** (de 8 heures à 19 heures, du lundi au vendredi hors jours fériés) ;
- soit leur transport chez des proches résidant en France métropolitaine si vous résidez en France métropolitaine ou résidant dans le département d'outre mer où vous résidez (Martinique, Guadeloupe (ainsi qu'à La Désirade, les Saintes et Marie-Galante), Réunion).

Aide à domicile

En cas d'hospitalisation de **plus de 2 (deux) jours consécutifs**, pour vous-même ou votre conjoint, de naissances multiples, ou lorsque le séjour à la maternité excède 8 jours (**le critère du séjour à la maternité excédant 8 jours est ouvert uniquement pour la convention d'assistance 50T pour les contrats à adhésion individuelle**), **MILTIS ASSISTANCE** met à votre disposition une aide à domicile, afin de vous aider dans vos tâches et démarches quotidiennes, **pendant 4 (quatre) fois 2 (deux) heures à répartir dans les 15 (quinze) jours calendaires suivant le retour à votre domicile**. Cette prestation peut être portée à **6 (six) fois 2 (deux) heures** si vous avez la charge d'un enfant de moins de 10 ans, si vous vivez seul, si votre conjoint est handicapé. **MILTIS ASSISTANCE** vous accorde également cette prestation en cas d'hospitalisation au domicile de **plus de 4 (quatre) jours**.

Présence d'un proche parent (ou ami) en cas d'hospitalisation

Si vous-même ou votre conjoint êtes hospitalisé **plus de 2 (deux) jours consécutifs**, **MILTIS ASSISTANCE** prend en charge le transport aller/retour d'un proche, résidant en France métropolitaine si vous résidez en France métropolitaine ou résidant dans le département d'outre mer où vous résidez : Martinique, Réunion, Guadeloupe (ainsi qu'à La Désirade, les Saintes et Marie-Galante), en mettant à sa disposition un billet de train 1^{ère} classe, ou d'avion classe économique, lorsque seul ce moyen peut être utilisé (ou autre moyen de transport adapté) pour se rendre à votre domicile.

MILTIS ASSISTANCE participe aux frais d'hôtel à concurrence d'un montant maximum de **276 (deux cent soixante seize) € TTC** (frais de restauration exclus), lorsque le proche n'a pas d'autres moyens d'hébergement.

GARDE D'ENFANT MALADE AU DOMICILE

(maximum 12 heures par jour dans la limite de 4 jours consécutifs)

Ce service vous permet de continuer à assurer votre activité professionnelle au cas où votre enfant serait malade ou blessé, et aurait besoin de la présence d'une personne à son chevet et à votre domicile.

MILTIS ASSISTANCE se charge de rechercher et d'envoyer chez vous, une personne compétente, afin d'assurer cette garde, et prend en charge le coût correspondant, **dans la limite de 4 (quatre) jours consécutifs**, au sein de vos heures normales de travail.

Conditions médicales et administratives

Toute demande doit être justifiée par un certificat médical indiquant que la présence d'une personne est nécessaire auprès de votre enfant malade ou blessé. Il faut impérativement communiquer à **MILTIS ASSISTANCE** les coordonnées du médecin ayant établi le certificat médical, et autoriser la personne qui gardera l'enfant à joindre **MILTIS ASSISTANCE** par téléphone, si nécessaire.

Sont exclues (uniquement au titre de la convention d'assistance n° 51X pour les contrats à adhésion collective) :

- les maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées, ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 (six) mois précédent la demande d'assistance ;
- les maladies nécessitant des soins médicaux relevant d'un service d'infirmière ou d'infirmierie à Domicile ;
- les maladies relevant de l'Hospitalisation à Domicile.

ÉCOLE À DOMICILE

À compter du 16^e jour calendrier consécutif d'absence scolaire de l'enfant, **MILTIS ASSISTANCE** recherche et envoie au domicile de l'enfant, un répétiteur scolaire, qui lui permettra, grâce à des cours particuliers, de poursuivre sa scolarité dans les principales matières (Français, Mathématiques, Langues étrangères -première et seconde langues inscrites au programme scolaire-, Physique-Chimie, Histoire-Géographie, Sciences naturelles).

MILTIS ASSISTANCE prend en charge les coûts occasionnés, à **raison de 10 (dix) heures par semaine, tous cours confondus, fractionnables dans la limite de 5 (cinq) déplacements du répétiteur scolaire, par semaine, et de 2 (deux) cours au minimum dans la journée par matière ou par répétiteur.**

La prestation est acquise pendant 60 (soixante) jours maximum à compter du 16^e jour calendrier consécutif d'absence scolaire de l'enfant et cesse dès que l'enfant a repris normalement ses cours. Elle cesse en tout état de cause, le dernier jour de l'année scolaire, et ne s'applique pas pendant les vacances scolaires. Le répétiteur scolaire est autorisé par le membre participant, à prendre contact, si nécessaire, avec l'établissement scolaire de l'enfant, afin d'examiner l'étendue du programme à étudier. Lorsque l'enfant est hospitalisé, les cours seront effectués, dans la mesure du possible, dans les mêmes conditions, et sous réserve de l'accord explicite de l'établissement hospitalier, ainsi que des médecins et du personnel soignant.

Conditions médicales et administratives

Le membre participant ou bénéficiaire assuré devra justifier sa demande, en présentant un certificat médical indiquant la nature de la maladie ou de l'accident, et précisant :

- que l'enfant ne peut, compte tenu de cette maladie ou de cet accident, se rendre dans son établissement scolaire,
- la durée de son immobilisation.

Le certificat médical sera adressé à l'équipe médicale de **MILTIS ASSISTANCE**.

La maladie est définie comme « toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente », et l'accident, comme « une atteinte corporelle, non intentionnelle de la part du bénéficiaire, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure ».

La prestation s'applique du cours préparatoire à la terminale des lycées d'enseignement général. Elle ne s'applique pas pendant les vacances scolaires.

Délai de mise en place : un délai maximum de 48 (quarante-huit) heures peut intervenir à compter de l'appel pour rechercher et acheminer le répétiteur.

Le service « École à domicile » ne s'applique pas :

- pour les maladies ou accidents et leurs conséquences, antérieurs à la date d'effet des garanties ;
- dans le cadre des exclusions de la garantie santé.

SERVICE BIEN-ÊTRE

(service uniquement pour la convention d'assistance 50T pour les contrats à adhésion individuelle)

Les médecins de miltis ASSISTANCE sont à votre disposition du lundi au samedi de 9 heures à 20 heures pour répondre à toutes questions de nature médicale et, notamment dans les domaines suivants : la santé, les vaccinations, la mise en forme, la diététique, la puériculture.

Ils pourront vous fournir les informations liées aux lieux d'hébergement et d'accueil en France après hospitalisation (maison de repos, maison de long séjour...). **Les informations données aux membres participants ou bénéficiaires assurés le seront toujours dans le respect de la déontologie médicale** (confidentialité et respect du secret médical). **Elles ne peuvent se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription.**

ASSISTANCE « ALLO MAMAN BÉBÉ »

(service uniquement pour la convention d'assistance 50T pour les contrats à adhésion individuelle)

30 (trente) jours avant et 30 (trente) jours après la naissance de votre enfant, du lundi au samedi de 10 heures à 18 heures (hors jours fériés).

Conseils par téléphone

Une équipe de professionnels de **MILTIS ASSISTANCE** répondent aux questions relatives au bien-être du nouveau-né sur des sujets tels que l'alimentation, le sommeil, l'hygiène...

Service à domicile

Dans le cadre d'une maternité, miltis ASSISTANCE met à la disposition du bénéficiaire un service spécifique destiné à répondre aux questions relatives au bien-être du nouveau-né ou d'ordre général.

Ce service comprend notamment :

- l'orientation vers les structures spécifiques locales et légitimes ;
 - la coordination dans la recherche de multi-financement d'un personnel qualifié en matière de Protection Maternelle Infantile.
- Ce service est accessible de 10 heures à 18 heures.

MILTIS ASSISTANCE met à votre disposition une aide à domicile pendant 5 (cinq) heures réparties dans les 15 (quinze) jours qui suivent le retour au domicile. En cas de naissances multiples, le volume d'heures sera porté à 8 (huit) heures.

EN CAS DE MATERNITÉ (service uniquement pour la convention d'assistance 51X pour les contrats à adhésion collective)

Service info maternité

Ce service est accessible du lundi au samedi de 10 heures à 18 heures (hors jours fériés), 30 (trente) jours avant et 30 (trente) jours après la naissance du nouveau-né.

Dans le cadre d'une maternité, **MILTIS ASSISTANCE** met à la disposition du Bénéficiaire un service spécifique destiné à répondre aux questions relatives au bien-être du nouveau-né ou d'ordre général.

Ce service comprend notamment :

- l'orientation vers les structures spécifiques locales et légitimes ;
- la coordination dans la recherche de multi-financement d'un personnel qualifié en matière de Protection Maternelle Infantile.

Aide-ménagère

MILTIS ASSISTANCE met à la disposition du Bénéficiaire pendant **5 (cinq) heures** réparties dans les **15 (quinze) jours** qui suivent le retour au Domicile. En cas de naissances multiples, le volume d'heures sera porté à **8 (huit) heures**.

CONSEIL VIE PRATIQUE

MILTIS ASSISTANCE est à votre disposition 24 h / 24, pour rechercher et vous communiquer les numéros d'appels téléphoniques :

- des taxis, gares, aéroports, loueurs de véhicules, gendarmeries ;
- des entreprises de dépannage situées dans un rayon de 30 km de votre domicile, telles que plomberie, menuiserie, électricité, serrurerie, vitrerie...;
- d'aides à domicile (infirmières, gardes malades...).

La prestation se limite à communiquer un ou plusieurs numéros téléphoniques.

MILTIS ASSISTANCE ne recommande aucune entreprise, et ne peut être impliquée du fait de la qualité du travail ou de la rapidité de son exécution.

LIMITATION DES GARANTIES

La garantie d'assistance prend fin en même temps que la garantie santé.

- La garantie s'applique en France métropolitaine et dans les Départements d'Outre Mer : Martinique, Réunion, Guadeloupe (ainsi qu'à La Désirade, les Saintes et Marie-Galante).
- **Délai de mise en place :** dès votre appel, **MILTIS ASSISTANCE** met tout en œuvre pour répondre au plus vite à votre demande.

Toutefois :

- pour les garanties « **En cas d'hospitalisation** », et « **Garde d'enfant malade au domicile** », **MILTIS ASSISTANCE** se réserve un délai maximum de 5 (cinq) heures, à compter des heures d'ouverture des réseaux d'assistantes maternelles agréées, d'aides à domicile ou des réseaux de gardienage, pour répondre à votre demande.
- pour la garantie « **École à domicile** », **MILTIS ASSISTANCE** se réserve un délai maximum de 48 heures (quarante-huit) à compter de votre appel, pour rechercher et acheminer un répétiteur.

Les prestations ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de **MILTIS ASSISTANCE.**

En conséquence, aucune dépense effectuée d'autorité par vous-même, n'est remboursée par **MILTIS ASSISTANCE.**

De plus, il convient de préciser que **MILTIS ASSISTANCE** ne peut intervenir dans le choix des usages et des destinations décidées par les organismes primaires d'urgence (pompiers, SAMU...), et par conséquent ne prend pas en charge les frais correspondants.

**Le service ASSISTANCE SANTÉ est ouvert
24 heures / 24 et 365 jours / an**

**Le service BIEN-ÊTRE est ouvert du lundi
au samedi de 9 heures à 20 heures**

**Le service ALLO MAMAN BÉBÉ est ouvert
du lundi au samedi de 10 heures à 18 heures**

ASSISTANCE EMPLOI

« Toute personne qui perd son emploi se trouve dans une situation particulièrement difficile. Au-delà du choc psychologique qu'il faut surmonter, il est impératif de reconstruire son cadre de référence, de se replacer dans une dynamique positive et professionnelle. »

DOMAINE JURIDIQUE

Connaissance des droits relatifs à la rupture du contrat de travail

MILTIS ASSISTANCE vous informe sur les spécificités :

- du droit du travail ;
 - de la convention collective applicable à votre secteur d'activité ;
 - de votre accord d'entreprise ;
 - de votre contrat de travail (mécanismes et obligations) ;
- et met à votre disposition des fiches techniques relatives aux formations et stages professionnels.

Préparation à l'entretien avec votre employeur

MILTIS ASSISTANCE vous informe sur le respect des procédures, le préavis à respecter, les indemnités et recours possibles.

MILTIS ASSISTANCE peut vous fournir l'adresse des tribunaux du ressort de votre domicile afin de vous procurer une liste d'avocats spécialisés en droit du travail et des conseils personnalisés liés à d'éventuelles procédures à entreprendre.

DOMAINE SOCIAL

MILTIS ASSISTANCE est à votre disposition pour vous écouter et vous aider dans vos démarches.

Préservation de votre patrimoine

MILTIS ASSISTANCE vous informe et vous conseille quant aux démarches à engager auprès :

- des organismes sociaux : Pôle Emploi, APEC, Sécurité sociale, organismes de prévoyance, caisses de retraite ;

- des organismes financiers : impôts, organismes de financement, banques ;
- et vous fournit des fiches techniques présentant les procédures à suivre, la hiérarchisation des actions à mener, les adresses des organismes départementaux à contacter.

AIDE À LA RECHERCHE D'EMPLOI

Réalisation d'un bilan de situation professionnelle

MILTIS ASSISTANCE vous informe et vous conseille du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures sur :

- la rédaction ou la mise à jour de votre Curriculum vitae ;
- la rédaction de lettres de motivation, de candidatures spontanées, de réponses à une annonce en vous fournissant des lettres types.

Entretien d'embauche

MILTIS ASSISTANCE vous prépare au déroulement de ces entretiens, notamment par la fourniture d'une liste type des attitudes à avoir et à éviter.

Conseils sur la presse spécialisée

MILTIS ASSISTANCE vous communique une liste de journaux auxquels il y a lieu de s'abonner, et vous conseille sur la manière de déjouer les fausses annonces.

Le service ASSISTANCE EMPLOI est ouvert du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures

ASSISTANCE DÉCÈS

« Dans les situations difficiles, Miltis est là pour vous épauler. »

Rapatriement

Si le décès survient à **plus de 200 km du domicile** et en France métropolitaine, **MILTIS ASSISTANCE** garantit les prestations suivantes.

MILTIS ASSISTANCE organise le rapatriement du corps, jusqu'au lieu d'inhumation en France métropolitaine.

Le choix des sociétés intervenant dans le processus de rapatriement, pompes funèbres, transporteurs... est du ressort exclusif de **MILTIS ASSISTANCE**.

Sous cette condition expresse, les frais de transport, d'embaumement et d'administration sont pris en charge. Les frais de cercueil liés au transport sont également pris en charge à concurrence de **763 (sept cent soixante trois) € TTC**.

Dans le cas où la famille du bénéficiaire choisit directement les sociétés intervenant dans le rapatriement ou refuse la solution proposée par **MILTIS ASSISTANCE**, les frais correspondants sont à sa charge.

MILTIS ASSISTANCE organise également et prend en charge le retour jusqu'au lieu d'inhumation des autres membres de la famille bénéficiaires se trouvant sur place (conjoints ou concubin, ascendant

ou descendant, frères ou sœurs) s'ils ne peuvent rentrer par les moyens initialement prévus.

Exclusions au rapatriement de corps

Sont exclus tous les frais non indispensables au transport du corps, tels que les ornements ou accessoires, ainsi que le déplacement vers un établissement de soins.

AIDE À DOMICILE

En cas de décès du souscripteur, **MILTIS ASSISTANCE** recherche pour le conjoint et prend en charge une aide ménagère à **concurrence de 20 (vingt) heures maximum, réparties sur les 5 (cinq) jours suivant le décès**.

Le service ASSISTANCE est ouvert du lundi au vendredi de 9 heures à 20 heures

DISPOSITIONS DIVERSES

informations juridiques

INFORMATIONS JURIDIQUES est un service d'informations générales, assuré par une équipe de chargés d'informations, destiné à répondre à toute question d'ordre réglementaire ainsi qu'aux demandes d'informations du domaine de la vie pratique :

- habitation - logement ;
- formalités administratives ;
- impôts - fiscalité ;
- justice - défense - recours ;
- salaires ;
- assurances sociales - allocations - retraites ;
- enseignement - formation ;
- services publics ;
- droit des consommateurs.

Certaines demandes pouvant nécessiter des recherches, un rendez-vous téléphonique sera alors pris sous 48 (quarante-huit) heures. Nos prestations sont uniquement téléphoniques : aucune des informations dispensées par nos spécialistes ne peut se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, conseillers juridiques, etc.

**Le service INFORMATIONS JURIDIQUES
est ouvert du lundi au samedi
de 9 heures à 20 heures**

EXCLUSIONS GÉNÉRALES

Limites géographiques

Les prestations d'Assistance s'appliquent uniquement en France métropolitaine.

Le décès doit survenir à plus de 200 km du domicile et en France métropolitaine.

Limites d'application dans le temps

Les prestations sont acquises durant la durée de validité de votre contrat **MILTIS ASSISTANCE** et en tout état de cause, elles sont acquises uniquement pendant la durée de validité des accords liant **MILTIS ASSISTANCE** et Fragonard Assurances pour la délivrance de ces prestations.

Limites d'intervention - Responsabilité

MILTIS ASSISTANCE ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Le Bénéficiaire ou ses proches doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence.

MILTIS ASSISTANCE ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révoltes, instabilités politiques notoires, représailles, embargos, sanctions économiques (récapitulatif des mesures restrictives par pays disponible sur le site internet du Ministère de l'Économie et des Finances : tresor.economie.gouv.fr/Ressources/sanctions-financieres-internationales), mouvements populaires, émeutes, sabotage, terrorisme, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle.

Fausse déclaration

Toute fraude, falsification ou fausse déclaration et faux témoignages entraînera automatiquement la nullité du contrat.

Non-exécution due à des circonstances exceptionnelles

MILTIS ASSISTANCE ne peut être tenue pour responsable ni de la non-exécution ni des retards provoqués par tous les cas de force majeure rendant impossible l'exécution du contrat, les interdictions décidées par les autorités locales et les grèves.

BILLETTERIE

Si un billet de transport a été délivré, **MILTIS ASSISTANCE** dégage toute responsabilité concernant des événements indépendants de sa volonté, notamment en cas de surréservation, de retard, d'annulation ou de changement de la destination figurant sur le billet.

INFORMATIONS DIVERSES

Organismes de contrôle

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris CEDEX 09 (acpr.banque-france.fr), est chargée du contrôle de la mutuelle Miltis, de Fragonard Assurances et d'Alptis Assurances.

Protection des données à caractère personnel

Le traitement des données à caractère personnel est régi par la loi «Informatique et Libertés» du 6 janvier 1978 et le Règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

Responsable du traitement des données

Fragonard Assurances est responsable du traitement de données à caractère personnel, tel que défini par la législation et la réglementation applicables en matière de protection des données.

Données collectées

Les différents types données personnelles sont collectés et traités conformément à ce qui suit :

- les données relatives à l'identification des personnes parties, intéressées ou intervenantes au contrat ;
- toute autre donnée nécessaire à la passation et/ou l'exécution du contrat.

Dans ce cadre, les «données personnelles sensibles» pourront être collectées et traitées.

⚠ En souscrivant le présent contrat, le Bénéficiaire s'engage à communiquer les informations figurant dans cet article à tout tiers pour lequel toute donnée personnelle pourrait nous être transmise (ex. les autres assurés, les bénéficiaires, les tiers impliqués dans le sinistre, les personnes à prévenir en cas d'urgence, etc.), et il accepte de ne pas communiquer ces informations autrement.

Collecte et traitement des données

Les données personnelles transmises par le bénéficiaire et celles reçues de tiers (comme expliqué plus bas), sont collectées et traitées pour un certain nombre de finalités et sous réserve du consentement exprès du Bénéficiaire, à moins que ce dernier ne soit pas exigé par les lois et réglementations applicables, comme indiqué ci-après :

Finalité	Consentement exprès ?
Devis et souscription du contrat d'assurance	> Non , dans la mesure où ces activités de traitement sont nécessaires pour exécuter le contrat d'assurance auquel le Bénéficiaire est partie et prendre les mesures nécessaires préalablement à la conclusion de ce contrat.
Administration du contrat d'assurance (ex. : traitement des réclamations, devis, souscription)	> Oui , si nécessaire. Toutefois, dans les cas où les données personnelles doivent être traitées dans le cadre du traitement de la réclamation, le consentement exprès du Bénéficiaire, ne sera pas sollicité.
Pour mener des enquêtes de qualité sur les services fournis, afin d'évaluer le niveau de satisfaction du Bénéficiaire et de l'améliorer	> Non . Le responsable du traitement a un intérêt légitime à contacter le Bénéficiaire après avoir géré une demande ou après avoir fourni une prestation afin de s'assurer que ses obligations contractuelles ont été exécutées d'une manière satisfaisante. Toutefois, le Bénéficiaire a le droit de s'y opposer en contactant AP Solutions GmbH comme cela est expliqué dans la section «Contact» ci-dessous.
Pour satisfaire à toutes les obligations légales (par exemple, celles qui découlent des lois sur les contrats d'assurance et les activités d'assurance, des règlements sur les obligations fiscales, comptables et administratives)	> Non , dans la mesure où ces activités de traitement sont expressément et légalement autorisées.
À des fins de vérification, pour se conformer aux obligations légales ou aux procédures internes	> Non . Le responsable du traitement peut traiter les données du Bénéficiaire dans le cadre d'audits internes ou externes requis soit par la loi, soit par ses procédures internes. Il ne sollicitera pas le consentement du Bénéficiaire au titre de ces traitements s'ils sont justifiés en vertu de la réglementation en vigueur ou au titre de son intérêt légitime. Toutefois, le responsable du traitement s'assurera que seules les données à caractère personnel strictement nécessaires seront utilisées et qu'elles seront traitées en toute confidentialité. Les audits internes sont généralement de la responsabilité d'Allianz Partners SAS, en sa qualité d'actionnaire, qui peut sous traiter la réalisation de ces audits.
Pour réaliser des analyses statistiques et qualitatives sur la base des données et du taux de demandes d'indemnisation	> Si le responsable du traitement réalise l'une de ces activités de traitement, il le fera en anonymisant les données personnelles. En conséquence, les données anonymisées ne sont plus considérées comme des données «à caractère personnel» et le consentement du Bénéficiaire n'est plus requis.
Gestion du recouvrement de créances (par exemple, pour demander le paiement de la prime, pour réclamer des créances à des tiers, pour répartir le montant de l'indemnisation entre les différentes compagnies d'assurances couvrant le même risque)	> Non , si le traitement de données du Bénéficiaire, même s'il s'agit de catégories sensibles de données à caractère personnel s'avère nécessaire à la constatation, à l'exercice ou à la défense de droits en justice, que le responsable du traitement peut invoquer également au titre de son intérêt légitime.
Au titre de la prévention et de la lutte contre la fraude, le blanchiment d'argent et le respect de la réglementation applicable aux sanctions économiques , y compris, le cas échéant, par exemple, la comparaison entre vos informations et celles figurant sur les précédentes demandes, ou la vérification des systèmes courants de déclaration de sinistre.	> Non . Il est entendu que la détection et la lutte contre la fraude, le blanchiment d'argent et le respect de la réglementation applicable aux sanctions économiques constituent un intérêt légitime du responsable du traitement. Par conséquent, il est en droit de traiter les données du Bénéficiaire à cette fin sans avoir à recueillir son consentement.

Comme mentionné plus haut, pour les finalités énumérées précédemment, les données personnelles traitées sont reçues du partenaire commercial de Fragonard Assurances : Miltis.

Concernant les finalités mentionnées précédemment pour lesquelles il est indiqué que le consentement exprès du Bénéficiaire n'est pas requis ou dans les cas où le responsable de traitement aurait besoin de ces données personnelles dans le cadre de la souscription du contrat d'assurance et/ou de la gestion de sinistre, les données personnelles sont traitées sur la base des intérêts légitimes du responsable de traitement et / ou conformément à ses obligations légales.

Les données personnelles du Bénéficiaire seront nécessaires pour tout achat de produits et services. Si le Bénéficiaire ne souhaite pas fournir ces données, le responsable du traitement ne sera pas en mesure de garantir l'accès aux produits et services demandés ou susceptibles d'intéresser le Bénéficiaire, ou encore de lui proposer des offres adaptées à ses exigences spécifiques.

Accès aux données

Dans le cadre des finalités énoncées, les données personnelles du Bénéficiaire pourront être divulguées aux parties suivantes agissant en tant que :

- tiers, responsables du traitement des données : organismes du secteur public, autres sociétés du groupe, autres assureurs, réassureurs.
- préposés au traitement des données, opérant sous la responsabilité de Fragonard Assurances :

- autres sociétés du groupe, consultants techniques, experts, avocats, experts en sinistres, réparateurs, prestataires, médecins et sociétés de services délégués des opérations de Fragonard Assurances (réclamations, informatique, services postaux, gestion de documents).

En définitive, les données personnelles du Bénéficiaire pourront être partagées dans les cas suivants :

- dans les cas envisagés ou réels de réorganisation, fusion, vente, coentreprise, cession, transfert ou autre disposition de tout ou partie de l'activité de Fragonard Assurances, de ses actifs ou de ses titres (notamment dans le cadre de procédures en insolvabilité ou autres procédures similaires) ;
- et, afin de se conformer à toute obligation légale, y compris aux obligations résultant des décisions du médiateur dans le cas où le Bénéficiaire présenterait une réclamation concernant l'un de produits ou services Fragonard Assurances.

Transfert des données

Les données personnelles du Bénéficiaire pourront être traitées aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'Union Européenne (UE) par les parties spécifiées dans la section « Accès aux données », toujours sous réserve des restrictions contractuelles relatives à la confidentialité et à la sécurité, conformément à la législation et à la réglementation applicables en matière de protection des données. Les données personnelles ne sont pas divulguées à des parties non autorisées à les traiter.

Chaque transfert des données personnelles en vue de leur traitement en dehors de l'UE par une autre société du groupe Allianz, sera effectué sur la base des règles internes d'entreprise approuvées par l'Autorité de régulation dont dépend le groupe Allianz, établissant des règles adéquates de protection des données personnelles et contraignant juridiquement l'ensemble des sociétés du groupe Allianz. Les règles internes d'entreprise d'Allianz ainsi que la liste des sociétés du groupe s'y conformant sont accessibles ici : allianz-partners.com/allianz-partners--binding-corporate-rules-.html. Lorsque les règles internes d'entreprise d'Allianz ne s'appliquent pas, des mesures seront prises afin de garantir que le transfert des données personnelles hors UE soit effectué selon le niveau de protection adéquat, au même titre que s'il s'agissait d'un transfert à l'intérieur de l'UE. Le Bénéficiaire peut prendre connaissance des mesures de protection mises en oeuvre pour ce type de transferts (clauses contractuelles types, par exemple) en contactant AP Solutions GmbH comme indiqué plus bas.

Droit relatif aux données personnelles

Lorsque la loi ou la réglementation en vigueur le permet, le Bénéficiaire a le droit :

- d'accéder à ses données personnelles et de connaître leur provenance, les objectifs et finalités du traitement de ces données, les informations concernant le(s) responsable(s) du traitement des données, le(s) préposé(s) au traitement des données et les destinataires des données potentiellement divulguées ;
- de retirer son consentement à tout moment, dans les cas où celui-ci est requis pour le traitement de ses données personnelles ;
- de mettre à jour ou de rectifier ses données personnelles afin qu'elles soient toujours exactes ;
- de supprimer ses données personnelles de systèmes du responsable du traitement si leur conservation n'est plus nécessaire dans le cadre des finalités indiquées précédemment ;
- de restreindre le traitement de ses données personnelles dans certaines circonstances ;
- de s'opposer au traitement de ses données personnelles par les services du responsable du traitement ou de solliciter l'arrêt du traitement desdites données ;
- d'obtenir ses données personnelles au format électronique, pour son usage personnel ou celui de son nouvel assureur ;
- de déposer une plainte auprès du responsable du traitement et/ou de l'autorité de protection des données compétente - Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Le Bénéficiaire peut exercer ces droits en contactant AP Solutions GmbH comme indiqué plus bas. Le Bénéficiaire est informé de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel » sur laquelle il peut s'inscrire : bloctel.gouv.fr.

Durée de conservation des données

Les données personnelles du Bénéficiaire ne sont conservées que pendant la durée nécessaire aux fins indiquées dans la présente déclaration de confidentialité, puis elles seront supprimées ou anonymisées une fois qu'elles ne sont plus nécessaires. Ci-dessous figurent quelques-unes des durées de conservation applicables aux finalités indiquées au paragraphe « Collecte et traitement des données » ci-dessus :

- pour une durée de 5 (cinq) ans à compter de la date de fin du contrat d'assurance ;
- en cas de sinistre - 5 (cinq) ans à compter du règlement du sinistre ;
- en cas de sinistre avec dommages corporels - 10 (dix) ans à compter du sinistre ;
- pour toute information sur les réclamations - 5 (cinq) ans à compter de la réception de la réclamation ;
- pour toute information sur le contrat - 5 (cinq) ans à compter de l'expiration, de la résiliation, ou de l'annulation.

Toutefois, des obligations ou des événements spécifiques supplémentaires peuvent parfois annuler ou modifier ces durées, tels que des litiges ou des enquêtes réglementaires en cours, qui peuvent remplacer ou suspendre ces durées jusqu'à ce que l'affaire soit close et que le délai applicable d'examen ou d'appel ait expiré. En particulier, les durées de conservation basées sur des prescriptions dans le cadre d'actions en justice peuvent être suspendues puis reprendre par la suite.

Contact

Pour toute question concernant l'utilisation des données personnelles, le Bénéficiaire peut contacter AP Solutions GmbH par e-mail ou par courrier postal :

AP Solutions GmbH, succursale française
Département Protection des Données Personnelles
7 rue Dora Maar - 93400 SAINT-OUEN
E-mail : informations-personnelles@votreassistance.fr

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

Prescription

Toute action dérivant du contrat d'assurance est prescrite par un délai de 2 (deux) ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions fixées à l'article L. 114-1 du Code des assurances. Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L114-1 à L114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

Article L. 114-1 du Code des assurances :

«Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L. 125-1, sont prescrites par cinq 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 L. 114-2 du Code des assurances :

«La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés 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 L. 114-3 du Code des assurances :

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

Information complémentaire : les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énoncées aux articles 2240 et suivants du Code Civil, reproduits ci-dessous.

Article 2240 du Code civil :

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

Article 2241 du Code civil :

« 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 incomptente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure. »

Article 2242 du Code civil :

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

Article 2243 du Code civil :

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

Article 2244 du Code civil :

« 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 du Code civil :

« 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 du Code civil :

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

Modalités d'examen des réclamations

S'il n'a pas pu être donné immédiatement entière satisfaction à la réclamation formulée par oral ou via une messagerie instantanée, celle-ci doit être adressée par écrit selon les modalités suivantes :

- par mail : reclamation@votreassistance.fr
- par courrier : AP Solutions GmbH, succursale française – Service Réclamations – TSA 70002 – 93488 SAINT-OUEN CEDEX).

Nous accuserons réception de votre réclamation écrite dans les dix (10) jours ouvrables à compter de son envoi et nous vous apporterons une réponse écrite dans un délai maximal de deux (2) mois.

Vous pouvez en tout état de cause saisir le Médiateur indépendant de l'assurance à l'issue d'un délai de deux (2) mois à compter de l'envoi de votre première réclamation écrite :

- par voie électronique : mediation-assurance.org
- par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09

Votre demande auprès du Médiateur de l'assurance doit, le cas échéant, être formulée au plus tard dans le délai d'un (1) an à compter de votre première réclamation écrite auprès de nos services.

Toutefois, cette démarche ne vous prive pas de la possibilité d'intenter toute action en justice.

En cas de souscription du contrat d'assurance en ligne, le réclamant a la possibilité en qualité de consommateur, de recourir à la plateforme de Règlement en Ligne des Litiges (RLL) de la Commission Européenne en utilisant le lien suivant : ec.europa.eu/consumers/odr

Attribution de juridiction

Tout différend touchant à l'interprétation ou à l'exécution de la présente convention sera porté devant le tribunal compétent.

Loi applicable - Langue utilisée

La Convention est régie par la loi française. La langue utilisée pour l'exécution de la Convention est le français.

Fragonard Assurances : Assureur

7 rue Dora Maar, 93400 SAINT-OUEN - Société Anonyme à Conseil d'administration au capital de 37 207 660 € - 479 065 351 RCS PARIS - Siret : 479 065 351 00013
Entreprise régie par le Code des assurances soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), sise 4 place de Budapest, CS 92459,
75436 PARIS cedex 09 - acpr.banque-france.fr

Miltis

25 cours Albert Thomas 69003 Lyon - Tél : 04 72 36 16 60 - Fax : 04 72 36 23 48 - mutuelle-miltis.fr

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 417 934 817) - IDU EMBPG : FR331494_01NNNDU

MILTIS PROTECTION JURIDIQUE

Il a été conclu entre :

- d'une part, la mutuelle Miltis soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 417 934 817), dont le siège social est 25, cours Albert Thomas - 69003 LYON ;
- et d'autre part, CFDP ASSURANCES dont le siège social est situé Immeuble l'Europe, 62 rue de Bonnel - 69003 LYON - SA au capital de 1 692 240 € - RCS Lyon 958 506 156 B, entreprise régie par le Code des assurances ;

Le contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative de MILTIS PROTECTION JURIDIQUE SANTÉ n° M0 MILTIS 001.

Ce contrat est ouvert aux membres participants de la mutuelle Miltis bénéficiant de garanties santé.

Les relations précontractuelles et contractuelles entre les parties sont régies par le droit français et notamment par le Code des assurances. Les parties utiliseront la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

**« Vous avez été victime d'une agression
et avez subi un traumatisme à la fois physique et psychologique...
Après une opération de routine, des complications surviennent :
l'établissement de soins conteste son implication... »**

Écoute et renseignements juridiques, un seul numéro **N°Indigo) 0 821 444 557**

0,12 € TTC / MN

CFDP ASSURANCES INTERVIENT

Vous êtes victime d'une agression ou d'une atteinte accidentelle à votre intégrité physique et/ou morale et souhaitez être assisté et faire valoir vos droits à l'encontre de l'auteur responsable de votre préjudice.

Vous avez été victime d'une erreur médicale, d'un retard ou d'une erreur de diagnostic, d'une infection nosocomiale ou d'un défaut de conseil d'un praticien à l'occasion d'une maladie, d'une hospitalisation, ou de tous soins ou examens médicaux et souhaitez être assisté et faire valoir vos droits face à :

- un établissement de soins public ou privé ;
- un professionnel de santé ;
- l'ONIAM (Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux).

LES SERVICES DE CFDP ASSURANCES

L'assistance juridique connectée

Avec @del, Vous avez un accès illimité à une base documentaire Vous apportant des renseignements et de l'information juridiques et Vous permettant d'avoir les premiers éléments de réponse à vos interrogations. Ce service est accessible 24h/24 et 7j/7 depuis le site internet de CFDP ASSURANCES cfdp.fr dans votre Espace Client en renseignant le numéro de Contrat, votre numéro d'identification unique Miltis et votre mot de passe.

L'assistance téléphonique

Au numéro qui Vous est dédié, CFDP ASSURANCES s'engage à Vous écouter et Vous fournir par téléphone des renseignements juridiques relevant de tous les domaines du droit français. Des juristes qualifiés sont à votre écoute pour :

- répondre à vos interrogations ;
- Vous informer sur vos droits ;
- Vous proposer des solutions concrètes ;

- envisager avec Vous, dans le cadre d'un accompagnement personnalisé, la suite à donner à votre difficulté.

Accès : ce service est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés, de 9 h à 12 h 30 et de 14 h à 18 h à un numéro qui Vous est dédié : 0 821 444 557 (0,12 € TTC / minute).

Un accueil sur rendez-vous au plus proche de Vous

Sur simple demande, Vous pouvez rencontrer des juristes dans la délégation la plus proche parmi les trente (30) implantations réparties sur tout le territoire. Il Vous suffit de contacter votre interlocuteur habituel afin de déterminer avec lui une date et un horaire qui permettront une rencontre dans les meilleurs délais.

La gestion amiable de vos litiges

À la suite d'une déclaration de Sinistre garanti par le Contrat, CFDP ASSURANCES s'engage à :

- Vous conseiller et Vous accompagner dans les démarches à entreprendre ;
- Vous assister dans la rédaction de vos courriers de réclamation ;
- Vous aider à réunir les pièces et témoignages nécessaires à la constitution de votre dossier ;
- intervenir directement auprès du Tiers afin d'obtenir une solution négociée et amiable ;
- Vous faire assister et soutenir par des experts ou des spécialistes lorsque la spécificité de la matière le nécessite et que cela est utile à la résolution de votre Litige ;
- prendre en charge, dans la limite des montants et plafonds contractuels garantis, les frais et honoraires d'experts et de spécialistes, voire ceux de votre avocat lorsque votre adversaire est lui-même défendu dans les mêmes conditions ;
- Vous proposer une médiation indépendante des parties. Le médiateur sera désigné sur une liste par une association ou un groupement professionnel sur demande de CFDP ASSURANCES et avec votre.

Toutes vos demandes sont traitées dans un délai maximum de trois (3) jours ouvrés.

La gestion amiable du Litige est réalisée dans un délai de :

- six (6) mois à compter de la date de la première intervention des services de CFDP ASSURANCES ;
- ou un (1) an si une expertise contradictoire s'est avérée nécessaire.

À l'issue de ce délai, il Vous est soumis le choix, soit :

- de poursuivre la tentative de résolution amiable ;
- de transmettre le dossier à l'avocat de votre choix pour engager les démarches judiciaires utiles ;
- d'abandonner le recours.

Bien entendu, en cas d'accord amiable, CFDP ASSURANCES Vous accompagne jusqu'à sa mise en oeuvre effective.

La prise en charge des frais de procédure judiciaire

Lorsque toute tentative de résolution amiable de votre Litige a échoué, il Vous appartient de décider de porter votre Litige devant la juridiction compétente. Lorsque Vous faites appel à un avocat ou toute autre personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur pour Vous défendre, Vous représenter ou servir vos intérêts, Vous avez la liberté de le choisir. Si Vous n'en connaissez pas, Vous pouvez Vous rapprocher de l'Ordre des avocats du barreau compétent ou demander à CFDP ASSURANCES, par écrit, de Vous communiquer les coordonnées d'un avocat.

CFDP ASSURANCES Vous garantit le remboursement dans la limite des montants et plafonds contractuels garantis :

- des frais et honoraires des avocats, experts et spécialistes dont Vous avez besoin pour soutenir votre cause ;
- des frais et honoraires de l'expert judiciaire ;
- des frais d'huissier pour la signification des actes ;
- des taxes diverses relatives aux juridictions saisies.

Le remboursement sera effectué au plus tard trente (30) jours après réception de la facture acquittée et interviendra toutes taxes comprises.

Le suivi jusqu'à la parfaite exécution des décisions

Parce qu'un Litige ne se termine pas à la délivrance d'une décision de justice, CFDP ASSURANCES Vous accompagne jusqu'à sa parfaite exécution, soit à l'amiable, soit par la saisine d'un huissier territorialement compétent. CFDP ASSURANCES prend en charge les frais et honoraires de cet huissier dans la limite des montants contractuels garantis jusqu'à votre total désintéressement.

L'intervention de CFDP ASSURANCES cesse :

- en cas d'insolvabilité notoire de votre débiteur constatée par un procès-verbal de carence dressé par huissier ;
- en cas d'incarcération de votre débiteur ;
- en cas de liquidation judiciaire de votre débiteur ;
- ou lorsque votre débiteur est sans domicile fixe.

LES MONTANTS CONTRACTUELS DE PRISE EN CHARGE

BARÈME APPLICABLE AUX HONORAIRES D'AVOCAT ET D'EXPERT	€ TTC
---	-------

PHASE AMIABLE

Démarches amiables	
Intervention amiable	110
Protocole ou transaction	340
Consultation & expertise	
Consultation de spécialiste	390
Expertise amiable contradictoire	1 120
MARD (Modes Amiables de Résolution des Différends)	
Conciliateur de justice (assistance)	390
Médiation de la consommation	
Médiation conventionnelle	
Médiation judiciaire	
Arbitrage	
Procédure participative	560

PHASE JUDICIAIRE

Assistance	
Assistance préalable à procédure pénale	
Assistance à une instruction	390
Expertise judiciaire : assistance et dires (forfait)	
Démarche au Parquet (forfait)	130
Saisine du SARVI (forfait)	
Commissions ou juridictions de première instance	
Commissions diverses (y compris CIVI)	560
Conseil de l'ordre	
Ordonnance sur requête (forfait)	450
Référé	670
Référé heure à heure	840
Tribunal de Police	560*
Tribunal Correctionnel	900*
Tribunal / Chambre de proximité	840*
Tribunal Judiciaire	
Tribunal Administratif	
Tribunal de Commerce	1 120*
Autres juridictions du 1er degré	
Incidents d'instance et demandes incidentes	670
Cours ou juridictions de recours	
Cour ou Juridiction d'Appel	1 820*
Recours devant le 1 ^{er} Président de la Cour d'Appel	560
Cour de Cassation	
Conseil d'Etat	
Cour d'Assises	2 100*
Autres juridictions	
Juridictions européennes (CJUE, CEDH)	
Juridictions étrangèresSaisine du SARVI (forfait)	1 120*
Juge de l'exécution	
Juge de l'exequaturConseil de l'ordre	670

PLAFONDS, FRANCHISE ET SEUIL D'INTERVENTION	€ TTC
Plafonds de prise en charge par Sinistre (France, Andorre, Monaco)	30 500
dont plafond pour : - Démarches amiables - Expertise Judiciaire	560 5 500
Plafond de prise en charge par Sinistre (hors France, Andorre, Monaco)	2800
Seuil d'intervention	0
Franchise	0
<p>Les montants ci-dessus comprennent les frais habituels inhérents à la gestion d'un dossier (frais de copie, de téléphone, de déplacement, de postulation...) et constituent la limite de la prise en charge même en cas de pluralité ou de changement d'avocats. Les montants sont cumulables et représentent le maximum des engagements par juridiction (montants signalés par un astérisque*) ou par intervention même en cas de renvoi d'audience.</p>	

L'ACCÈS AUX SERVICES DE CFDP ASSURANCES

Vous pouvez accéder aux services de CFDP ASSURANCES selon les modalités suivantes :

- Tél : 0 821 444 557 (0,12 € TTC / minute) ;
- Courrier : CFDP ASSURANCES – 569 rue Félix Trombe – Tecnosud – CS 60011 – 66028 PERPIGNAN cedex

Pour déclarer votre Sinistre, Vous devez adresser par courrier, courriel ou télécopie :

- la description de la nature et des circonstances de votre Litige avec la plus grande précision et sincérité ;
- les éléments établissant la réalité du préjudice que Vous allégez,
- les coordonnées de votre adversaire ;
- et toutes les pièces et informations utiles à l'instruction de votre dossier telles qu'avis, lettres, convocations, actes d'huissier, assignations...

En cas de fausse déclaration intentionnelle de votre part sur la cause, les circonstances ou encore les conséquences du Litige, Vous pouvez être déchu de vos droits à garantie, voire encourir des sanctions pénales.

Vous devez déclarer votre Sinistre, sauf cas de force majeure, dans les deux (2) mois suivant le jour où Vous en avez eu connaissance. En cas de non-respect de ce délai, Vous encourez une déchéance du droit à garantie ; néanmoins, CFDP ASSURANCES ne Vous opposera pas de déchéance pour déclaration tardive sauf s'il est prouvé que le retard dans la déclaration lui a causé un préjudice.

Dans votre propre intérêt, Vous devez éviter de prendre une initiative sans concertation préalable avec CFDP ASSURANCES : si Vous prenez une mesure, de quelque nature qu'elle soit, si Vous mandatez un avocat ou tout autre auxiliaire de justice, expert ou spécialiste, avant d'en avoir avisé CFDP ASSURANCES et obtenu son accord écrit, les frais exposés resteront à votre charge.

Néanmoins, si Vous justifiez d'une situation d'urgence caractérisée nécessitant la prise immédiate d'une mesure conservatoire, CFDP ASSURANCES Vous remboursera, dans la limite des montants contractuels garantis, les frais et honoraires des intervenants que Vous avez mandatés, sans avoir obtenu son accord préalable.

L'APPLICATION DE LA GARANTIE DANS LE TEMPS

La durée de la garantie

Sous réserve du paiement de la prime, la garantie du Contrat prend effet dès l'adhésion et est applicable pendant toute la durée de l'adhésion, sauf pendant les périodes de suspension du Contrat santé conclu auprès de Miltis.

Elle est due pour tout Sinistre survenu et déclaré entre la prise d'effet de la garantie et l'expiration de votre adhésion au Contrat, à condition que Vous n'ayez pas connaissance du Litige avant l'adhésion.

La prescription

La prescription est l'extinction d'un droit résultant de l'inaction de son titulaire pendant un délai défini par la loi.

Toutes actions dérivant d'un Contrat d'assurance sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance (article L. 114-1 du Code des assurances).

Toutefois ce délai, ne court :

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

Quand l'action de l'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 ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

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 L. 114-2 du Code des assurances).

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont :

- la demande en justice ;
- l'acte d'exécution forcée ;
- la reconnaissance du droit par le débiteur.

Un nouveau délai de deux (2) ans court à compter de l'acte interruptif de prescription ; il peut être suspendu ou interrompu dans les mêmes conditions que le premier.

L'APPLICATION DE LA GARANTIE DANS L'ESPACE

La garantie s'exerce conformément aux services de CFDP ASSURANCES en France ainsi qu'en Principauté d'Andorre et Principauté de Monaco.

Dans les autres pays de l'Union Européenne, l'intervention de CFDP ASSURANCES se limite au remboursement sur justificatifs des frais et honoraires de procédure dans la limite du plafond de prise en charge spécifique prévu pour les pays autres que la France et les Principautés d'Andorre et Principauté de Monaco.

CFDP ASSURANCES N'INTERVENT JAMAIS POUR LES LITIGES

- NE RELEVANT PAS DE VOTRE VIE PRIVÉE, ET PLUS GÉNÉRALEMENT QUI NE RELÈVENT PAS DE LA GARANTIE EXPRESSÉMENT DÉCRITE ;
 - TROUVANT LEUR ORIGINE DANS UNE GUERRE CIVILE OU ÉTRANGÈRE, UNE ÉMEUTE, UN MOUVEMENT POPULAIRE, UNE MANIFESTATION, UNE RIXE, UN ATTENTAT, UN ACTE DE VANDALISME, DE SABOTAGE OU DE TERRORISME ;
 - DONT LE FAIT GENERATEUR INITIAL EST ANTERIEUR ET CONNU DE VOUS À LA PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION AU CONTRAT OU QUI PRÉSENTENT UN CARACTÈRE NON ALÉATOIRE LORS DE CETTE ADHÉSION ;
 - EN RAPPORT AVEC UNE VIOLATION INTENTIONNELLE DES OBLIGATIONS LEGALES, CONTRACTUELLES OU INCONTESTABLES ;
 - DÉCOULANT D'UNE FAUTE OU D'UN ACTE FRAUDULEUX OU DOLOSIQUE QUE VOUS AVEZ COMMIS VOLONTAIREMENT CONTRE LES BIENS ;
- ET LES PERSONNES EN PLEINE CONSCIENCE DE LEURS CONSÉQUENCES DOMMAGEABLES OU NUISIBLES ;
- SURVENANT LORSQUE VOUS ÊTES EN ETAT D'IVRESSE PUBLIQUE ET MANIFESTE OU LORSQUE LE TAUX D'ALCOOLÉMIE EST ÉGAL OU SUPÉRIEUR À CELUI LÉGALEMENT ADMIS DANS LE PAYS OU A LIEU LE SINISTRE, OU SOUS L'INFLUENCE DE SUBSTANCES OU DE PLANTES CLASSÉES COMME STUPÉFIANTS OU LORSQUE VOUS REFUSEZ DE VOUS SOUMETTRE À UN DÉPISTAGE ;
 - GARANTIS PAR UNE ASSURANCE DOMMAGES OU RESPONSABILITÉ CIVILE ET CEUX RELEVANT DU DÉFAUT DE SOUSCRIPTION PAR VOUS ;
 - D'UNE ASSURANCE OBLIGATOIRE ;
 - DU TRAVAIL OU RELATIFS À L'EXPRESSION D'OPINIONS POLITIQUES, RELIGIEUSES, PHILOSOPHIQUES OU SYNDICALES ;
 - RELATIFS AU DROIT DES PERSONNES (LIVRE 1ER DU CODE CIVIL), LES SUCCESSIONS, LIBÉRALITÉS ET RÉGIMES MATRIMONIAUX ;
 - RELATIF AU RECOUVREMENT DE VOS CRÉANCES ;
 - VOUS OPPOSANT À MILTIS.

CFDP ASSURANCES NE PREND JAMAIS EN CHARGE

- LES FRAIS ENGAGÉS SANS SON ACCORD PRÉALABLE, SAUF URGENCIA CARACTÉRISÉE NÉCESSITANT LA PRISE IMMÉDIATE D'UNE MESURE CONSERVATOIRE ;
- TOUTE SOMME DE TOUTE NATURE DUE À TITRE PRINCIPAL, LES AMENDES, LES CAUTIONS, LES CONSIGNATIONS PÉNALES, LES ASTREINTES, LES INTÉRÊTS ET PÉNALITÉS DE RETARD ;
- LES FRAIS DE REDACTION D'ACTES ET DE CONTRATS ;
- LES FRAIS DESTINÉS À PROUVER LA RÉALITÉ DE VOTRE PRÉJUDICE ;
- LES FRAIS D'IDENTIFICATION OU DE RECHERCHE DE VOTRE ADVERSAIRE ;
- LES DÉPENS ET FRAIS DE JUSTICE EXPOSÉS PAR LA PARTIE ADVERSE QUE VOUS DEVEZ SUPPORTER PAR DÉCISION JUDICIAIRE, OU QUE VOUS AVEZ ACCEPTÉ DE PRENDRE EN CHARGE DANS LE CADRE D'UN PROTOCOLE D'ACCORD OU D'UNE PROCÉDURE PARTICIPATIVE ;

- LES SOMMES AU PAIEMENT DESQUELLES VOUS ÊTES CONDAMNÉ AU TITRE DES ARTICLES 700 DU CODE DE PROCÉDURE CIVILE, 375 ET 475-1 DU CODE DE PROCÉDURE PÉNALE, L. 761-1 DU CODE DE JUSTICE ADMINISTRATIVE, AINSI QUE LEURS ÉQUIVALENTS DEVANT LES JURIDICTIONS ÉTRANGÈRES ;
- LES SOMMES DONT VOUS ÊTES LÉGALEMENT REDEVABLE AU TITRE DES ÉMOLUMENTS PROPORTIONNELS ;
- LES HONORAIRES DE RÉSULTAT DE TOUT AUXILIAIRE DE JUSTICE.

LA PROTECTION DE VOS INTÉRÊTS

Le secret professionnel

Article L.127-7 du Code des assurances

Les personnes qui ont à connaître des informations que Vous communiquez pour les besoins de votre cause, dans le cadre du Contrat, sont tenues au secret professionnel.

L'obligation à désistement

Toute personne, chargée d'une prestation juridique, qui a un intérêt direct ou indirect à son objet, doit se désister.

L'examen de vos réclamations

Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement d'un client envers un professionnel : une demande de service ou de prestation, d'information, de clarification ou d'avis n'est pas une réclamation.

En cas de mécontentement, le réclamant peut adresser une réclamation au gestionnaire de l'un des canaux suivants :

- en remplissant le formulaire de réclamation sur le site Internet de CFDP ASSURANCES à l'adresse suivante : cfdp.fr/deposer-une-reclamation ;
- par courrier à CFDP Assurances - Service Relation Client – Immeuble l'Europe – 62 rue de Bonnel – 69003 LYON ;
- par mail à relationclient@cfdp.fr.

CFDP ASSURANCES accusera réception de la réclamation dans un délai maximum de 10 (dix) jours ouvrables suivant la date d'envoi de la réclamation écrite (sauf si une réponse a pu être apportée à l'intéressé au cours de ce délai) et, en tout état de cause, apportera une réponse à la réclamation dans un délai maximum de 2 (deux) mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite.

Lorsqu'aucune solution à un litige n'a pu être trouvée ou si CFDP ASSURANCES n'a pas répondu dans le délai de 2 (deux) mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite, le réclamant peut saisir le Médiateur CMAP dans le délai d'un an après l'envoi de la première réclamation écrite auprès de CFDP ASSURANCES, quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle a été formulée et qu'il y ait été ou non répondu selon les modalités suivantes :

- par courrier à : La Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75 441 PARIS cedex 09 ;
- ou par Internet à l'adresse suivante : mediation-assurance.org (Saisir le médiateur).

Exerçant sa mission gratuitement et en toute indépendance, le Médiateur ne peut intervenir qu'à la condition qu'aucune action en justice n'ait été engagée.

Après avoir instruit le dossier, le Médiateur rend un avis motivé dans les trois mois. Cet avis ne lie pas les parties qui peuvent en toute liberté, saisir éventuellement le tribunal compétent.

Le désaccord ou l'arbitrage

Article L. 127-4 du Code des assurances

En cas de désaccord entre Vous et CFDP ASSURANCES au sujet de mesures à prendre pour régler un Litige, cette difficulté peut être soumise à l'appréciation d'une tierce personne désignée d'un commun accord par les parties ou, à défaut, par le Président du Tribunal judiciaire statuant selon la procédure accélérée au fond.

Les frais exposés pour la mise en oeuvre de cette faculté sont à la charge de CFDP ASSURANCES ; toutefois, le Président du Tribunal judiciaire, statuant selon la procédure accélérée au fond, peut en décider autrement lorsque Vous avez mis en œuvre cette faculté dans des conditions abusives.

Si Vous avez engagé à vos frais une procédure contentieuse et obtenez une solution plus favorable que celle qui Vous avait été proposée par CFDP ASSURANCES ou par la tierce personne mentionnée à l'alinéa précédent, CFDP ASSURANCES Vous indemnise des frais exposés pour l'exercice de cette action, dans la limite des montants contractuels garantis.

Le conflit d'intérêts

Article L. 127-5 du Code des assurances

En cas de conflit d'intérêts entre Vous et CFDP Assurances ou de désaccord quant au règlement du Litige, Vous bénéficiez du libre choix de l'avocat ou de toute autre personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur pour Vous défendre, et de la possibilité de recourir à la procédure de désaccord et d'arbitrage.

La protection des données personnelles

Aux termes du Règlement Général sur la Protection des Données Personnelles (RGPD) et de la loi Informatique et Libertés modifiée, CFDP ASSURANCES Vous garantit plus de contrôle et de transparence sur l'utilisation de vos données personnelles en Vous expliquant quelles données sont collectées, dans quelle finalité, mais également comment elles sont protégées et quels sont vos droits à leur égard.

Collecte et finalités d'utilisation de vos données personnelles :

Les données à caractère personnel sont collectées indirectement pour le compte de CFDP ASSURANCES par Miltis. Elles sont liées aux informations d'identification et de contact (nom, prénom, adresse postale, numéro d'identification unique, dates d'effet et de fin d'adhésion).

Les données collectées directement par CFDP ASSURANCES en qualité de responsable de traitement sont des données strictement nécessaires :

- à l'exécution du Contrat et la gestion des Sinistres (situation familiale ; informations relatives à la formation et à l'emploi ; données de santé lorsque cela est nécessaire ; données relatives aux infractions, aux condamnations pénales et aux mesures de sûreté connexes lorsque cela est nécessaire) ;
- à l'utilisation des services en ligne de CFDP ASSURANCES (données d'identification et d'authentification, logs techniques, traces informatiques, informations sur la sécurité et l'utilisation du terminal, adresse IP).

Le traitement de ces données personnelles a pour principale finalité la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution du Contrat. Les données collectées sont également susceptibles, en tout ou partie, d'être utilisées par les responsables de traitement :

- dans le cadre de contentieux éventuel (judiciaire ou arbitral) ;
- pour la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme (LCBFT) ;
- pour le traitement des réclamations clients ;
- plus largement, afin de permettre aux responsables de traitement de se conformer à une réglementation applicable ;
- ou encore afin d'améliorer, le cas échéant, le Contrat, d'évaluer son adéquation à vos besoins d'assurance, d'évaluer la qualité des produits ou services fournis (enquête qualité et de satisfaction).

Les responsables de traitement dans le cadre de l'adhésion au Contrat, de la gestion du Contrat et de la relation avec Vous est Miltis. Le responsable de traitement dans le cadre de l'exécution du Contrat et de la gestion des Sinistres est CFDP ASSURANCES.

La base juridique du traitement de vos données est fondée :

- soit sur la gestion et l'exécution de votre adhésion au Contrat ;
- soit sur le respect des obligations légales et réglementaires.

Pour les finalités indiquées précédemment, tout ou partie de ces données pourront être utilisées par différents services de CFDP ASSURANCES et pourront le cas échéant être transmises aux parties intervenantes au Contrat telles que, notamment :

- les intermédiaires en assurance ;
- les gestionnaires des souscripteurs ;
- les prestataires mandatés (experts, avocats, médecins, officiers ministériels...) ;
- les organismes professionnels ;
- les organismes d'assurance des personnes impliquées ;
- et les organismes et autorités publics.

Localisation de vos données personnelles :

Les données personnelles collectées par CFDP ASSURANCES sont hébergées en Union Européenne. À ce jour, CFDP ASSURANCES, en qualité de responsable de traitement, ne transfère aucune donnée personnelle en dehors de l'Union Européenne. Si un tel transfert hors de l'Union Européenne des données personnelles collectées et traitées devait être réalisé, des garanties seraient alors prises pour l'encadrer juridiquement et assurer un bon niveau de protection de ces données.

Durée de conservation de vos données personnelles :

Ces données sont conservées durant une période maximale correspondant au temps nécessaire aux différentes opérations ci-dessus listées ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou encore par la loi (prescriptions légales). Vos données personnelles ne seront pas conservées plus longtemps que nécessaire pour satisfaire ces finalités.

Droits à la protection :

Conformément à la loi sur la protection des données personnelles, Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, d'opposition et de suppression des données Vous concernant en adressant une demande :

- par courrier à : CFDP ASSURANCES - Délégué à la Protection des Données - Immeuble l'Europe - 62 rue de Bonnel - 69003 LYON ;
- ou par mail à : dpd@cfdp.fr.

Vous disposez également du droit à la limitation du traitement et du droit de demander le transfert de vos données (droit à la portabilité).

Pour exercer l'un quelconque de vos droits, Vous devez préciser vos nom, prénom et mail et joindre une copie recto-verso d'un justificatif d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport).

Le responsable de traitement se réserve le droit de ne pas accéder à votre demande si le traitement des données est nécessaire à l'exécution du Contrat, au respect d'une obligation légale ou à la constatation, l'exercice ou la défense de droits en justice.

Le délégué à la protection des données de CFDP ASSURANCES traitera votre demande dans les meilleurs délais. En cas de désaccord persistant en lien avec la gestion de vos données personnelles, Vous avez la possibilité de saisir la CNIL :

- par téléphone au : 01 53 73 22 22 ;
- par courrier à : Commission Nationale Informatique et Libertés - 3 place de Fontenoy - 75007 PARIS ;
- ou par Internet à l'adresse suivante : cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil.

Sécurité :

CFDP ASSURANCES accorde la plus haute importance à la sécurité et à l'intégrité de vos données personnelles et s'engage à les traiter en ayant recours à des mesures de sécurité appropriées sur le plan technique et organisationnel (Pour en savoir plus sur les traitements de vos données personnelles et sur l'exercice de vos droits sur ces données, Vous pouvez consulter la page « Données Personnelles » de CFDP ASSURANCES cfdp.fr).

Démarchage

Conformément à la loi 2014-344 du 17 mars 2014, 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 à : WORLDLINE - Service Bloctel - Immeuble River Ouest, 80 Quai Voltaire - 95870 BEZONS ;
- ou par Internet à l'adresse suivante : bloctel.gouv.fr.

L'autorité de contrôle

L'autorité de contrôle de CFDP Assurances est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 4 Place de Budapest – CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09.

DISPOSITIONS DIVERSES

La cessation des garanties

Les garanties cessent en cas de résiliation du Contrat d'assurance de groupe **MILTIS PROTECTION JURIDIQUE SANTÉ** par MILTIS ou CFDP ASSURANCES. En outre, elles prennent fin en même temps que la garantie santé du membre participant.

La subrogation

Après règlement, CFDP ASSURANCES est subrogé dans vos droits et actions contre les tiers Vous ayant causé préjudice, notamment pour les articles 700 du Code de Procédure Civile, 375 et 475-1 du Code de Procédure Pénale ou L. 761-1 du Code de la Justice Administrative, pour les dépens et autres frais de procédure, ainsi que leurs équivalents devant les juridictions étrangères. Cette subrogation intervient à hauteur des sommes que CFDP ASSURANCES a effectivement déboursées et après que Vous ayez été prioritairement désintéressé si des frais et honoraires sont restés à votre charge.

Définitions

MILTIS, LE SOUSCRIPTEUR :

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, ayant son siège social 25 cours Albert Thomas – 69003 Lyon, immatriculée au Registre National des Mutualées sous le numéro 417 934 817.

CFDP ASSURANCES, L'ASSUREUR :

Entreprise d'assurances régie par le Code des Assurances, Société Anonyme au capital de 1 692 240 €, ayant son siège social Immeuble l'Europe - 62 rue de Bonnel - 69003 Lyon, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Lyon sous le numéro 958 506 156.

VOUS, LE BÉNÉFICIAIRE :

Le particulier, personne physique, adhérent de Miltis, titulaire auprès de lui d'un Contrat santé ou prévoyance, ainsi que toutes les autres personnes bénéficiaires désignées au bulletin individuel d'adhésion dudit Contrat santé ou prévoyance, à jour du paiement des cotisations et dûment désignés à CFDP ASSURANCES.

LE TIERS :

Toute personne étrangère au Contrat.

LE FAIT GÉNÉRATEUR :

Évènement ou fait connu du Bénéficiaire, et susceptible de faire naître un préjudice ou de constituer une atteinte à un droit, que le Bénéficiaire subit ou cause à un Tiers, préalablement ou concomitamment à toute réclamation. En matière pénale, le Fait Générateur est la prise de conscience qu'un évènement ou un fait subi ou causé par le Bénéficiaire est susceptible d'être réprimé par la loi.

LE LITIGE :

Une situation conflictuelle opposant le Bénéficiaire à un Tiers, découlant du Fait Générateur.

LE REFUS :

Le désaccord formalisé et non équivoque suite à une réclamation émanant du Bénéficiaire ou d'un Tiers, ou l'absence de réponse à cette réclamation dans un délai raisonnable ou réglementaire.

LE SINISTRE :

Le Refus, dans le cadre d'un Litige, opposé à une réclamation dont le Bénéficiaire est l'auteur ou le destinataire (article L127-2-1 du Code des Assurances).

LE CARACTÈRE ALÉATOIRE :

L'incertitude de la survenance d'un évènement.

LE CONTRAT :

Le Contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative de MILTIS PROTECTION JURIDIQUE SANTÉ n° M0 MILTIS 001.

CFDP Assurances

SA au capital de 1 692 240 euros – RCS 958 506 156 B – Entreprise régie par le Code des assurances
Siège social : Immeuble l'Europe, 62 rue de Bonnel - 69003 Lyon

Miltis

25 cours Albert Thomas 69003 Lyon – Tél : 04 72 36 16 60 – Fax : 04 72 36 23 48 – mutuelle-miltis.fr

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 417 934 817) - IDU EMBPG : FR331494_01NNNDU

PRÉVENTION, CONSEIL ET CONSULTATION MÉDICALE EN LIGNE

MÉDECINDIRECT

Généralités

Conformément à la convention de partenariat passée entre la Mutuelle et MédecinDirect (SAS au capital de 108 300 €, dont le siège social est situé 2 rue de Choiseul - 75002 PARIS - RCS Evry n° 508 346 673), le service MédecinDirect permet aux bénéficiaires de ce service dans le cadre de leur garantie, d'être mis en relation 24h/24 et 7j/7 avec des professionnels de santé tels que des médecins généralistes ou spécialistes (dermatologues, psychiatres, pédiatres...), tous inscrits au CNOM.

MédecinDirect permet de bénéficier de deux types de services :

La prise en charge par téléconsultation médicale

En fonction de votre situation et de vos symptômes, une équipe de régulation (composée d'infirmières) vous oriente vers le professionnel de santé le plus adapté avec lequel vous effectuerez une téléconsultation ou plusieurs au besoin (médecin généraliste, gastro-entérologue, sexologue, médecin du sport...).

Votre prise en charge se fait à distance par le canal de votre choix (écrit, téléphone ou vidéo), avec ou sans rendez-vous.

À l'issue de votre téléconsultation, vous pourrez obtenir des conseils, un avis ou un diagnostic accompagné d'une ordonnance sécurisée, si le médecin le juge nécessaire.

MédecinDirect peut intervenir dans plusieurs situations (liste non exhaustive) :

- Renouvellement d'ordonnance lorsque votre médecin n'est pas disponible,
- Symptômes d'infection urinaire,
- Questions relatives à une conduite à tenir (COVID-19),
- Éruption cutanée soudaine,
- Résultats d'analyses à faire décrypter par un médecin,
- Questions relatives à une prise de médicaments,
- Enfant tombé sur la tête et vous ne savez pas quels gestes adopter...

Le second avis médical par un médecin expert

MédecinDirect offre par ailleurs la possibilité aux bénéficiaires du service d'obtenir un second avis médical par le biais d'un médecin expert, sous 7 jours après réception de la totalité du dossier médical et sans avance de frais.

Le second avis médical est destiné aux problèmes de santé complexes (notamment la chirurgie, les pathologies ou traitements lourds tels que les tumeurs, cancers, infertilité, maladies des os, du sang, du système nerveux, respiratoires ou encore les maladies rares...).

Le service du second avis médical facilite l'accès rapide à plus de 50 000 médecins, experts de renommée nationale ou mondiale, afin d'avoir une seconde opinion sur un problème de santé. De ce fait, vous pouvez prendre des décisions éclairées quant à une proposition de traitement, d'opération ou de chirurgie, par exemple :

1. Vous devez activer (gratuitement) votre compte sur :

inscription.medecindirect.fr ;

2. Vous devez décrire votre pathologie à l'écrit en joignant un maximum d'éléments à votre dossier (comptes rendus médicaux, bilans sanguins, radios...);

3. Une première pré-téléconsultation est ensuite menée par une infirmière pour vérifier si votre dossier est suffisamment complet*;

4. Un examen en profondeur de votre situation est réalisé par un médecin coordinateur via une seconde téléconsultation. Il sélectionne l'expert le plus à même de vous délivrer un second avis compte tenu de votre situation médicale ;

5. Une étude de votre dossier anonymisé est faite par le médecin expert qui livre un second avis médical ;

6. Le médecin coordinateur vous explique durant une troisième et dernière consultation le rapport du second avis médical et répond à vos questions.

*7 jours est la durée moyenne de réponse du médecin expert après réception de la totalité du dossier.

Fonctionnement

Le service MédecinDirect est accessible par les bénéficiaires, **trois heures par an** à compter de la prise d'effet de la garantie de base (délivrance du certificat d'adhésion) via Internet à l'adresse medecindirect.fr ou en téléchargeant l'application mobile « MédecinDirect » (service accessible 24h/24h et 7j/7), ou par téléphone au +33 9 74 59 51 10 (service de 8h à 22h, 7j/7).

L'accès au service prend fin en cas de cessation de la garantie définie au sein du paragraphe « Généralités » du présent document.

Responsabilité

Les obligations de MédecinDirect sont des obligations de moyens. La responsabilité de MédecinDirect ne saurait être recherchée pour les conséquences qui pourraient découler des services rendus. Aucune responsabilité ne pourra être retenue à l'encontre de MédecinDirect en cas de retards dans l'exécution du service, d'utilisation ou d'usage abusif des informations contenues sur le site Internet par tout tiers, y compris par les bénéficiaires.

En aucun cas, la mutuelle Miltis ne pourra être tenus pour responsable des conséquences de l'utilisation du service.

Confidentialité - Secret médical

MédecinDirect, ainsi que tous les collaborateurs, sont tenus au respect du secret médical et de la législation afférente aux traitements de données personnelles. MédecinDirect garantit la confidentialité des emails échangés. Les informations sont transmises aux médecins sous protocole sécurisé et enregistrées dans une banque de données protégée confidentielle et soumise au secret médical.

Miltis

25 cours Albert Thomas - 69003 Lyon • Tél : 04 72 36 16 60 • Fax : 04 72 36 23 48 • mutuelle-miltis.fr

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 417 934 817)

IDU EMBPG FR331494_01NNDU

Teladoc Health France (MédecinDirect)

2 rue de Choiseul - 75002 PARIS

Société par actions simplifiée au capital de 108 300 € – RCS Evry 508 346 673

MédecinDirect n'est pas un service d'urgence. En cas d'urgence, merci de contacter le 15 ou le 112.

