NOTICE D'INFORMATION SANTÉ

ENTREPRISE LCL – ÉDITION JANVIER 2022

CRÉDIT AGRICOLE ASSURANCES | LCL BANQUE ET ASSURANCE

Garanties applicables à l'ensemble du personnel

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

Ce contrat est assuré par PREDICA, entreprise régie par le Code des assurances, société anonyme au capital de 1.029.934.935 euros, dont le siège social est 16/18 Boulevard de Vaugirard 75 015 PARIS, immatriculée sous le n°334.028.123 R.C.S.

Le présent document définit les conditions et modalités d'application des garanties couvertes par les contrats frais de santé, souscrits auprès de PREDICA, entreprise d'assurance régie par le Code des assurances.

Il s'agit d'une Notice d'Information qui donne à l'Assuré des informations sur :

- *Les garanties auxquelles il a droit,*
- *Les conditions pour bénéficier de ces garanties,*
- *Les modalités de remboursement.*

LES GARANTIES

▶ Un dispositif à trois niveaux

Un régime de base (contrat n° A9810005937) à adhésion obligatoire, qui couvre le salarié ci-après dénommé « Assuré ». Il peut être étendu, à titre facultatif, à d'autres membres de sa famille :

› conjoint;
› partenaire lié par un PACS;
› concubin;
› enfants à charge,
› et s'il y a lieu, ascendant(s).

Un régime complémentaire (contrat n° A9810005938) à adhésion obligatoire. Il s'applique de fait à tous les membres de la famille couverts par le régime de base.

Un régime supplémentaire (contrat n° A9810005939) à adhésion facultative qui complète les régimes de base et complémentaire. Le choix de ce supplément s'impose à tous les membres de la famille couverts par le régime de base.

Ces régimes sont couverts par PREDICA, filiale de Crédit Agricole Assurances, ci-après dénommé « Assureur ».

▶ Qui est couvert par le dispositif ?

Régimes obligatoires (régimes de base et complémentaire)

Est adhérent à titre obligatoire :

› Le salarié LCL quelle que soit son ancienneté dans l'entreprise.

Peuvent être adhérents à titre facultatif :

› son conjoint ou assimilé (partenaire lié par un PACS ou concubin)

› ses enfants, ceux de son conjoint ou assimilé, dans les conditions suivantes :
  - jusqu'à leur 25ème anniversaire pour les enfants à charge fiscale de l'Assuré, de son conjoint ou assimilé ou bénéficiant d'une pension alimentaire de l'Assuré, c'est à dire les enfants pour lesquels ou auxquels est payée par l'Assuré une pension alimentaire déductible fiscalement;
  - jusqu'à leur 28ème anniversaire, sous réserve de remplir une des conditions suivantes :
    – être affilié au régime de la Sécurité sociale des étudiants,
    – suivre des études secondaires ou supérieures ou une formation en alternance,
    – être à la recherche d'un premier emploi, inscrit au Pôle Emploi et avoir terminé ses études depuis moins de 6 mois. Les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi.
  - quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (en application de la loi du 30 juin 1975) sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21ème anniversaire.

› les ascendants, s'ils ne sont pas imposables à titre personnel et s'ils sont à la charge fiscale de l'Assuré.

Régime supplémentaire facultatif

L'Assuré aux régimes de base et complémentaire peut adhérer à titre facultatif au régime supplémentaire.
Ce choix vaut pour lui-même et pour tous les ayants droit adhérents aux régimes de base et complémentaire.

A SAVOIR

› le conjoint doit être non divorcé, ni séparé de corps judiciairement.
› le concubin est défini par l'article 515-8 du Code Civil, le concubinage est une union de fait, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple.
› le partenaire lié par un PACS est la personne avec qui l'Assuré est lié par un Pacte Civil de Solidarité.
› les ascendants de l'Assuré sont considérés comme à charge s'ils ne sont pas imposables à titre personnel et s'ils sont à la charge fiscale de l'Assuré.

▶ Comment adhérer au dispositif ?

Le salarié adhère sur son espace salarié Ma Santé, et doit fournir à l'Assureur les justificatifs nécessaires à sa situation personnelle. Il peut également effectuer cette adhésion par bulletin papier.

Pour faire adhérer volontairement ses ayants droits, le salarié doit renseigner leurs informations personnelles sur son espace Ma Santé et communiquer les justificatifs nécessaires.

Toute évolution de la situation de famille de l'Assuré devra être portée à la connaissance de l'Assureur.

CONSEIL PRATIQUE

Comment demander une attestation Vitale ?

› à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie
› sur simple appel au 3646 (prix d'un appel local depuis un poste fixe)
› sur Ameli.fr

▶ Quelles sont les formalités à accomplir pour pouvoir bénéficier d'une dispense d'adhésion aux régimes obligatoires ?

Pour bénéficier d'une dispense d'adhésion aux régimes obligatoires, le salarié LCL doit remplir le « Formulaire de demande de dispense » disponible sur l'intranet de LCL et fournir, chaque année, les pièces justificatives nécessaires.

S'il ne se trouve pas dans un des cas de dispense prévus par le formulaire, ou à défaut de retour du formulaire complété avec les pièces justificatives nécessaires, le salarié sera contraint d'adhérer aux régimes obligatoires souscrits par LCL et d'acquitter les cotisations correspondantes.

▶ Quelle est la date d'effet du dispositif ?

L'adhésion obligatoire du salarié LCL aux régimes de base et complémentaire prend effet :

› au 1er janvier 2020, lorsque le salarié fait partie des effectifs du Souscripteur, qu'il soit en activité ou en suspension de contrat de travail donnant lieu à indemnisation ou en congé parental sans solde ,

› à compter de la date d'entrée du salarié dans l'effectif du Souscripteur lorsqu'il est embauché postérieurement au 1er janvier 2020,

› à la date de reprise de l'activité pour le salarié en suspension de contrat de travail ne donnant pas lieu à indemnisation (hors congé parental sans solde),

› dès que le salarié n'entre plus dans un des cas de dispense d'adhésion

L'adhésion facultative des ayants droit, prend effet :

› soit à la même date que l'adhésion de l'Assuré,

› soit à une date postérieure :

- au 1er jour du mois suivant la réception par Prédica de la demande d'adhésion de l'ayant droit, si cette demande parvient à Prédica au plus tard dans les 3 mois suivant l'un des événements suivants :

  - mariage,

  - signature d'un pacte civil de solidarité (PACS),

  - cessation du contrat de travail du conjoint ou assimilé (sous réserve que cet événement se produise après l'adhésion obligatoire de l'Assuré au présent Contrat),

- au 1er jour du mois de l'arrivée au foyer d'un enfant (naissance ou adoption), sous réserve que :

  - cet événement (naissance ou adoption) se produise après l'adhésion du salarié au présent Contrat,

  - la demande d'adhésion du ou des enfant(s) intervienne dans les 3 mois suivant l'événement,

- au 1er janvier suivant la réception par Prédica de la demande d'adhésion de l'ayant droit dans tous les autres cas

Toute adhésion facultative des ayants droit de l'Assuré s'entend pour une durée minimale de 1 an à compter de sa prise d'effet.

Passé ce délai, la résiliation de l'adhésion pourra être demandée à tout moment, avec prise d'effet un mois après réception de la demande de cessation des garanties par l'Assureur.

Cette règle de durée minimale d'adhésion n'est pas applicable aux ayants droit pouvant justifier, avant le terme de ce délai, d'une couverture par un régime obligatoire d'entreprise.

L'adhésion au régime supplémentaire

Pour adhérer au régime supplémentaire, le salarié doit soit mentionner ce choix lors de son adhésion en ligne (ou via le bulletin papier), soit demander une modification d'adhésion ultérieurement.

Le choix d'un salarié d'adhérer au régime supplémentaire vaut pour lui-même et pour ses ayants droit couverts par les régimes de base et complémentaire obligatoires

Les garanties du régime supplémentaire facultatif prennent effet :

› soit à la même date que l'adhésion du salarié aux contrats n° A9810005937 (« Régime de base ») et n° A9810005938 (« Régime complémentaire »), si le choix du Régime supplémentaire est formulé simultanément.

› soit à une date postérieure :

- au 1er jour du mois suivant la réception par Prédica de sa demande d'adhésion, si cette demande parvient à Prédica au plus tard dans les 3 mois suivant l'un des événements suivants :

  - mariage,

  - signature d'un pacte civil de solidarité (PACS),

  - cessation du contrat de travail du conjoint ou assimilé (sous réserve que cet événement se produise après l'adhésion obligatoire de l'Assuré),

  - reprise par le salarié d'une activité professionnelle suite à une suspension de son contrat de travail

- au 1er jour du mois de l'arrivée au foyer d'un enfant (naissance ou adoption), sous réserve que :

  - cet événement (naissance ou adoption) se produise après l'adhésion du salarié aux régimes obligatoires,

  - la demande d'adhésion du ou des enfant(s) intervienne dans les 3 mois suivant l'événement,

- au 1er janvier suivant la réception par Prédica de la demande d'adhésion dans tous les autres cas

Toute adhésion au régime supplémentaire s'entend pour une durée minimale de 1 an à compter de sa prise d'effet.

Passé ce délai, la résiliation de l'adhésion pourra être demandée à tout moment, avec prise d'effet au 1er jour du mois suivant la réception de la demande par l'Assureur.

Cette règle de durée minimale d'adhésion n'est pas applicable aux salariés pouvant justifier, avant le terme de ce délai, d'une dispense d'adhésion aux régimes obligatoires. Dans ce cas, les couvertures des régimes obligatoires et du régime supplémentaire prennent fin simultanément. Aucune demande de ré-adhésion ne pourra intervenir dans les 3 ans suivant la résiliation ;

▶ Que devient l'adhésion en cas de suspension du contrat de travail de l'Assuré ?

Maintien obligatoire des garanties des régimes de base et complémentaire en cas de suspension du contrat de travail

Les garanties des régimes de base et complémentaire sont maintenues dans les mêmes conditions que les salariés actifs :

› aux salariés dont le contrat de travail est suspendu pour des raisons médicales ou autres, suspension donnant lieu à indemnisation (maintien total ou partiel du salaire ou indemnités journalières versées par le régime de prévoyance complémentaire et financées au moins pour partie par LCL et versées directement par LCL ou par l'intermédiaire d'un tiers) ou placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits .

› aux salariés dont le contrat de travail est suspendu dans le cadre d'un congé parental sans solde.

Par ailleurs, le salarié qui bénéficie du maintien obligatoire des garanties des régimes de base et complémentaire peut également demander le maintien des garanties du régime supplémentaire.

Maintien facultatif des garanties en cas de suspension du contrat de travail

Tout salarié dont le contrat de travail est suspendu pendant plus d'un mois (à l'exclusion des salariés en congé parental sans solde visés au paragraphe précédent), sans rémunération ni indemnisation de la part de LCL ou du régime de prévoyance, voit ses droits à la complémentaire santé obligatoire suspendus.

Dès lors, l'Assureur prend contact avec lui pour lui permettre de poursuivre son adhésion au dispositif à titre facultatif. Il peut alors continuer à bénéficier des garanties du régime de base, du régime complémentaire et le cas échéant du régime supplémentaire, moyennant une cotisation entièrement à sa charge. Pour tout renseignement, un numéro d'appel:

02 46 81 00 30 (prix d'un appel local non surtaxé)

▶ Comment mettre à jour la situation de famille ?

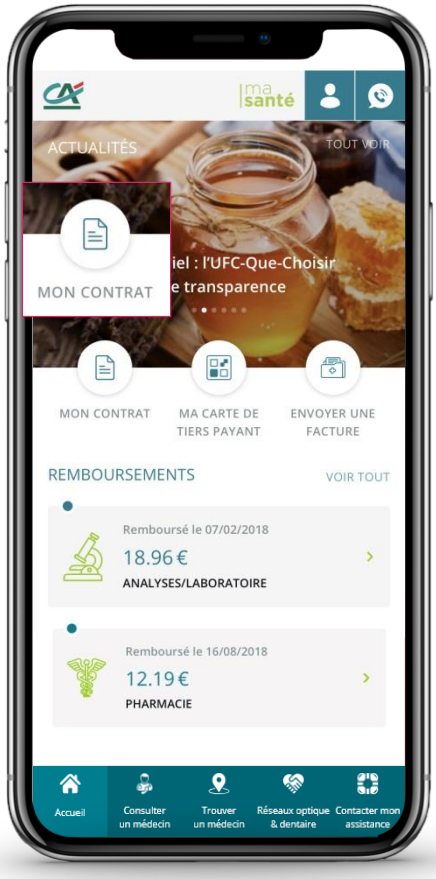
Depuis l'espace web salarié et l'application mobile « **Ma Santé** », l'Assuré a la possibilité de visualiser les bénéficiaires de son contrat et ainsi procéder à des modifications.

Pour ce faire, il suffit de se connecter sur ca-masante.fr ou de télécharger l'application disponible sur App Store ou Google Play

A NOTER

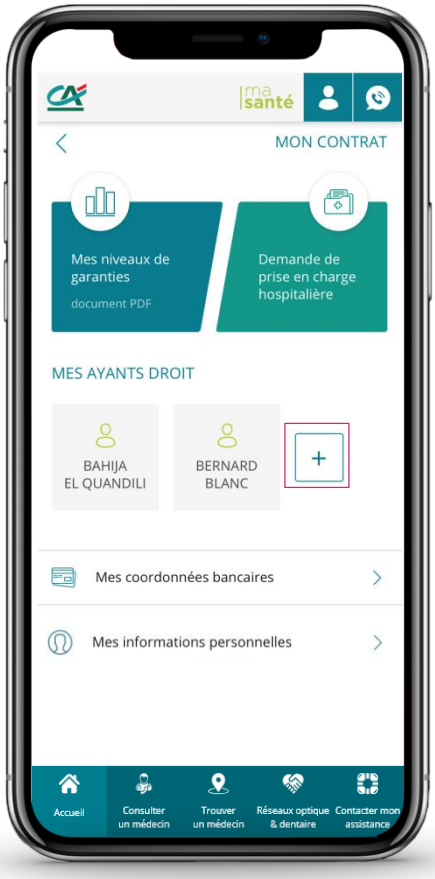
› Le numéro adhérent figure sur la carte de tiers payant.

1



2

3



► Fin des garanties de l'Assuré et ses ayants droit

Aux régimes obligatoires (base et complémentaire)

Les garanties de l'Assuré cessent :

› à la date de résiliation du contrat d'assurance;

› à la date de cessation de son contrat de travail, sous réserve des cas de maintien des garanties (se reporter aux paragraphes « Maintien des garanties au titre de la portabilité des droits » et « Maintien des garanties dans le cadre de la Loi Evin »);

En cas de départ en cours de mois, la cotisation est calculée au prorata du nombre de jours de présence dans le mois. En revanche, les garanties cessent à la fin du mois.

› à la date de liquidation de sa pension de vieillesse de la Sécurité sociale;

› au terme d'un mois civil complet de suspension du contrat de travail, ni rémunérée, ni indemnisée par LCL ou par son régime de prévoyance, hors situation particulière du congé parental sans solde (se reporter au paragraphe « Que devient l'adhésion en cas de suspension du contrat de travail non indemnisée de l'Assuré »);

› à la date d'effet d'une dispense d'adhésion;

› en cas de défaut de paiement des cotisations à l'issue de la procédure visée au paragraphe « Défaut de paiement des cotisations »;

› au jour du décès de l'Assuré.

La cessation des droits de l'Assuré aux régimes obligatoires entraîne automatiquement celle de ses ayants droit, ainsi que la cessation de leurs droits au régime supplémentaire facultatif.

Les garanties des ayants droit de l'Assuré cessent :

› à la date de cessation des garanties de l'Assuré;

› à la date à laquelle les ayants droit ne remplissent plus les conditions définissant les ayants droit;

› en cas de défaut de paiement des cotisations à l'issue de la procédure visée au paragraphe « Défaut de paiement des cotisations »;

› à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la date de souscription des garanties un mois après réception de la demande de cessation des garanties qui peut être adressée par l'Assuré à l'Assureur à tout moment par lettre ou tout autre support durable; Dans l'hypothèse où les garanties ont été souscrites par un mode de communication à distance, la résiliation peut être faite par le même mode de communication. Une demande de résiliation peut concerner tout ou une partie des ayants droit de l'Assuré. Aucune demande de ré-adhésion ne pourra intervenir dans les 3 ans suivant la résiliation ainsi demandée ;

› au jour du décès de l'ayant droit ;

› et, en tout état de cause à la date de résiliation du contrat d'assurance.

Au régime supplémentaire facultatif

Les garanties supplémentaires de l'Assuré cessent :

› A la date de résiliation des contrats (base **n° A9810005937**) , complémentaire **n° A9810005938**, supplémentaire **n° A9810005939**) par votre employeur ou par PREDICA quel qu'en soit le motif.

› en cas de défaut de paiement des cotisations à l'issue de la procédure visée au paragraphe « Défaut de paiement des cotisations »;

› à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la date de souscription des garanties un mois après réception de la demande de cessation des garanties qui peut être adressée par l'Assuré à l'Assureur à tout moment par lettre ou tout autre support durable; Dans l'hypothèse où les garanties ont été souscrites par un mode de communication à distance, la résiliation peut être faite par le même mode de communication. Une demande de résiliation peut concerner tout ou une partie des ayants droit de l'Assuré.

› au jour du décès de l'Assuré.

La cessation des droits de l'Assuré au régime supplémentaire facultatif entraîne automatiquement celle de ses ayants droit.

Les garanties supplémentaires des ayants droit de l'Assuré cessent :

› à la date de cessation des garanties de l'Assuré;

› à la date à laquelle les ayants droit ne remplissent plus les conditions définissant les ayants droit;

› au jour du décès de l'ayant droit.

► Maintien des garanties au titre de la « portabilité des droits »

En application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, en cas de cessation du contrat de travail non consécutive à une faute lourde, la garantie Frais de santé est maintenue au profit des anciens salariés qui bénéficient d'une prise en charge par le régime d'assurance chômage, sous réserve des conditions et modalités suivantes :

› le maintien de la garantie est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez LCL. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois ;

› le bénéfice du maintien de la garantie est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts avant la date de cessation du contrat de travail ;

› les garanties maintenues au bénéfice des anciens salariés sont celles en vigueur dans l'entreprise ; par conséquent, les anciens salariés éligibles au dispositif de portabilité bénéficient des garanties Frais de santé dans les mêmes conditions que les salariés actifs du Souscripteur. En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions ;

› l'ancien salarié doit justifier auprès de l'assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, qu'il remplit les conditions pour bénéficier du dispositif de portabilité;

› l'employeur signale le maintien de la garantie Frais de santé dans le certificat de travail des anciens salariés et informe l'assureur dans un délai de 30 jours de la cessation du contrat de travail des anciens salariés bénéficiaires du dispositif de portabilité.

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

La garantie Frais de santé cesse :

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

La cessation du maintien des garanties de l'Assuré entraîne de facto la cessation du maintien des garanties de ses ayants droit.

Financement

Le maintien des garanties dans le cadre de la portabilité, étant financé par un système de mutualisation avec les salariés en activité, l'Assuré qui en bénéficie n'a aucune cotisation à payer à titre individuel.

▶ Maintien des garanties Santé au titre de l'article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, modifié par la loi n°2013-504 du 14 juin 2013, peuvent, dans les cas visés ci-après, demander à bénéficier d'une couverture auprès de l'assureur sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux :

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

L'assureur adresse des propositions de couverture à ces anciens salariés ou ces ayants droit au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail, de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire ou du décès de l'assuré.

▶ Cotisations

Cotisations au titre des adhésions obligatoires

Les cotisations relatives à toute adhésion à titre obligatoire, sont prélevées directement sur la rémunération et figurent de ce fait sur le bulletin de salaire.

Cotisations au titre des adhésions facultatives

Toutes les cotisations relatives à des adhésions à titre facultatif sont prélevées sur compte bancaire, mensuellement à terme échu par l'Assureur. Un mandat de prélèvement SEPA et un IBAN sont demandés à cet effet dès l'adhésion.

Le paiement de la cotisation s'effectue par débit d'un compte au nom de l'Assuré, ouvert auprès d'un établissement financier établi dans un Etat membre de l'Union Européenne ou dans un Etat partie à l'accord sur l'Espace Economique Européen ou dans un pays tiers imposant des obligations équivalentes en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

Le tableau ci-après récapitule les modalités de paiement des cotisations selon la nature de l'adhésion :

	Prélèvement par l'employeur de la cotisation sur le bulletin de paye	Prélèvement par l'Assureur de la cotisation sur le compte bancaire de l'Assuré
Assuré couvert à titre obligatoire (régimes de base + complémentaire)	X	
Assuré en suspension de contrat de travail indemnisée ou en suspension pour congé parental couvert à titre obligatoire (régimes de base + complémentaire)	X	
Assuré en suspension de contrat de travail non indemnisée (hors congé parental) couvert à titre facultatif (régimes de base + complémentaire)		X
Ayant droit de l'Assuré (conjoint ou assimilé, enfant, ascendant à charge) couvert à titre facultatif par les régimes obligatoires (base +complémentaire)		X
Toutes adhésions au régime supplémentaire (Assuré et ses ayants droit)		X

▶ Défaut de paiement des cotisations

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

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

A défaut de paiement des cotisations dans les dix jours de leur échéance, l'Assureur se réserve le droit de suspendre les garanties trente jours après l'envoi à l'Entreprise, d'une lettre recommandée avec avis de réception constituant une mise en demeure.

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

Cotisations des garanties facultatives

A défaut de paiement des cotisations dans les dix jours de leur échéance, l'Assureur se réserve le droit de suspendre les garanties trente jours après que l'Assureur ait envoyé une lettre recommandée à l'Assuré avec avis de réception constituant une mise en demeure. Dans la lettre de mise en demeure, l'Assureur informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Au cas où la prime annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de prime, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.
L'Assureur se réserve le droit de résilier l'adhésion dix jours après le délai de trente jours mentionné ci-dessus. L'adhésion non résiliée reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'assureur les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement. **Les frais médicaux prescrits pendant la période de suspension de la garantie ne donnent lieu à aucune prise en charge.**

▶ Contrat solidaire et responsable

Contrat solidaire

Les contrats du dispositif sont « solidaires ». La cotisation due n'est pas fixée en fonction de l'état de santé de l'Assuré ni de ses ayants droit (le cas échéant) et aucune information médicale n'est recueillie.

Le contrat du régime de base est « solidaire » et « responsable »

Seul le contrat de base répond aux exigences des articles L871-1 et R871-1 à R871-2 du code de la Sécurité sociale et est éligible à la fiscalité propre aux contrats responsables.

▶ Les prestations

Les prestations dues par l'Assureur sont calculées acte par acte pour les frais médicaux engagés pendant la période d'adhésion de la personne couverte et figurant au tableau de garanties ci-après, et selon le niveau de couverture choisi.

Conformément à l'article 9 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, le montant des remboursements ne peut en aucun cas dépasser le montant total de la dépense réelle de la personne couverte, déduction faite des prestations servies par le régime obligatoire d'assurance maladie, ou par tout organisme d'assurance intervenant avant l'Assureur ou par l'Assureur (au titre des régimes complémentaire et supplémentaire), ou par un tiers responsable.

▶ Étendue de la couverture santé (territorialité)

Les garanties ont pour objet de permettre le remboursement de frais médicaux engagés par les personnes couvertes exerçant leur activité professionnelle en France métropolitaine, dans les DROM COM et dans la principauté de Monaco, en complément des remboursements de la Sécurité sociale française, du régime général ou régime local Alsace Moselle ou du régime monégasque, effectués au titre de l'assurance maladie/maternité, sous réserve de toutes exclusions imposées par le contrat responsable.

Par exception, les prestations visées au présent contrat, et pour lesquelles il n'y a pas de remboursement au titre de la sécurité sociale, ne sont remboursées qu'à condition d'avoir été effectuées en France.

LEXIQUE

100% Santé

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

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

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

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

Ayants droit

On entend par ayants droit les personnes éventuellement couvertes avec vous, telles que définies dans la présente Notice d'information.

Base de Remboursement (BR)

Tarif servant de référence à la Sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement.

Contrats responsables

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

Forfait journalier hospitalier

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

Honoraires limites de facturation

Prix maxima de facturation des actes et prestations effectués par les chirurgiens-dentistes, définis en annexe de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie prévue à l'article L.162-9 du Code de la sécurité sociale.

Liste des produits et prestations remboursables

Ce terme vise les listes prévues à l'article L.165-1 et L.162-1-7 du Code de la sécurité sociale déterminant les actes dont le remboursement est pris en charge par la Sécurité sociale.

Ces listes distinguent plusieurs classes d'actes et de produits au sein d'une même catégorie de prestations (optique, aide auditive, soins dentaires prothétiques), l'une d'elle faisant l'objet d'une prise en charge renforcée.

Prix limites de vente au public

Prix maxima que les professionnels peuvent pratiquer pour les actes et soins qui composent le panier de soins 100% Santé dans les secteurs de l'optique et des aides auditives tels que définis à la liste des produits et prestations remboursables par la sécurité sociale, prévue à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale.

Sécurité sociale

Régime d'assurance maladie obligatoire auquel vous ou vos ayants droit êtes rattachés.

Ticket Modérateur

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

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

Tiers payant

Système de paiement qui vous évite de faire l'avance des frais de santé, ces derniers étant payés directement par la Sécurité sociale et/ou les organismes assureurs complémentaire aux professionnels de santé.

Forfait patient urgence

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021 a prévu la mise en place du forfait patient urgences pour les passages aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.
Désormais, la facturation est modifiée et fixée forfaitairement quels que soient les actes et soins médicaux. Le remboursement est réalisé dans les mêmes conditions que l'était celui du ticket modérateur.

Tiers payant 100% santé

Dans le cadre du « 100% Santé », le tiers payant s'applique intégralement sur les paniers de soins optique, dentaire, et audio sans reste à charge, c'est à dire à hauteur des prix limites de vente et des honoraires limites de facturation définis règlementairement, et sous réserve d'avoir activité la télétransmission avec Crédit Agricole Assurance.

VOS GARANTIES OBLIGATOIRES

► Généralités sur les prestations

Le contrat prend en charge, dans la limite des garanties et niveaux associés, souscrites et décrites dans le tableau de garanties figurant en fin de document, le remboursement :
• des frais restant à votre charge après remboursement de la Sécurité sociale pour les actes faisant l'objet d'un remboursement de la Sécurité sociale, y compris les actes de prévention,
• des dépenses de soins médicalement prescrites à caractère thérapeutique non remboursées par la Sécurité sociale,
• des dépenses de soins remboursées dans le cadre de forfaits spécifiques prévus au tableau de garanties.

Pour les prestations remboursées par la Sécurité sociale : le niveau des prestations est établi en fonction de la codification des actes médicaux, du tarif en vigueur fixé par la Sécurité sociale (base de remboursement de la Sécurité sociale ou Ticket Modérateur), des prix limites de vente au public et honoraires limites de facturation et de la législation en vigueur à la date des soins. Toutes évolutions du niveau de remboursement de la Sécurité sociale susceptibles de modifier l'engagement de l'assureur feront l'objet d'une modification des garanties. Vous en serez informé par écrit par votre employeur.

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

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

Hospitalisation

L'hospitalisation regroupe les hospitalisations médicales et chirurgicales dans les établissements conventionnés et non conventionnés, y compris la maternité et l'hospitalisation à domicile.
Les garanties suivantes sont incluses :

- les frais de séjour en établissements conventionnés ou non conventionnés par la Sécurité sociale, sans limitation de durée,
- les honoraires médicaux et chirurgicaux, intégrant une distinction entre les médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée et les médecins non adhérents, étant précisé que, s'agissant des médecins non adhérents non conventionnés par la Sécurité sociale, la base de remboursement retenue est celle du tarif d'autorité,
- la franchise hospitalière,
- le forfait journalier hospitalier, tel que visé à l'article L.174-4 du Code de la sécurité sociale, dans les établissements de santé, sans limitation de durée,
- la chambre particulière est plafonnée à 60 jours par hospitalisation,
- les frais d'accompagnant (indemnités de lit et de repas) engagés par la personne dont la présence auprès de l'enfant hospitalisé, âgé de moins de 16 ans, a été reconnue nécessaire par certificat médical. Ces frais sont plafonnés à 7 jours par hospitalisation.
- les frais de transport.

Exclusions particulières
Ne sont pas pris en charge :

- **les dépenses non remboursées par la Sécurité sociale (sauf le forfait journalier, chambre particulière et lit d'accompagnant),**
- **toute franchise applicable par le régime obligatoire à l'exception de la franchise des actes lourds supérieurs à 120 € lorsqu'ils relèvent de la médecine de ville,**
- **le forfait journalier hospitalier dans les établissements médico-sociaux, dans les établissements visés à l'article L.174-6 du Code de la sécurité sociale et au 6 du I de l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles,**
- **les exclusions générales figurant à la partie « Risques exclus ».**

Soins médicaux

Les honoraires médicaux

Les honoraires médicaux incluent les frais suivants, remboursés par la Sécurité sociale :

- Les honoraires, intégrant une distinction entre les médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée et les médecins non adhérents, étant précisé que, s'agissant des médecins non adhérents non conventionnés par la Sécurité sociale, la base de remboursement retenue est celle du tarif d'autorité :
    - des consultations, visites et soins prodigués par des médecins généralistes et spécialistes,
    - des actes techniques médicaux, dont les actes de radiologie,
- les honoraires paramédicaux,
- les analyses et examens réalisés par un laboratoire d'analyses de biologie médicale,
- les frais de transport,

Médicaments

Est inclus le remboursement des médicaments prescrits, remboursés par la Sécurité sociale et vendus en pharmacie. Les médicaments remboursés sont :

- les médicaments à service médical rendu majeur ou important remboursés par la Sécurité sociale à hauteur de 65%,
- les médicaments à service médical rendu modéré remboursés par la Sécurité sociale à hauteur de 30%,
- les médicaments à service médical rendu faible remboursés par la Sécurité sociale à hauteur de 15%,

vendus en pharmacie.

Exclusions particulières sur les Soins médicaux courants
Ne sont pas prises en charge :

- **les dépenses non remboursées par la Sécurité sociale, sauf pour les prestations mentionnées explicitement,**
- **toute franchise applicable par la Sécurité sociale autre que le Ticket Modérateur et la franchise des actes lourds supérieurs à 120€ lorsqu'ils relèvent de la médecine de ville,**
- **les exclusions générales figurant à la partie « Risques exclus ».**

Optique

Equipements d'optique médicale (lunettes)

Les équipements d'optique médicale sont des dispositifs médicaux tels que définis à l'article L.5211-1 du Code de la santé publique. Ils sont composés d'une monture et de deux verres.

Les équipements (verres et montures) remboursés par la Sécurité sociale sont classés en deux groupes (**classes A et B**) par la Liste des produits et prestations remboursables.

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

Les prix des verres et montures relevant de la **classe B** sont déterminés librement et peuvent donner lieu à un reste à charge. Les verres relevant de la **classe B** sont définis par la présente Notice de la manière suivante :

Verres simples :

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ;
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

Verres complexes :

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ;
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

Verres hypercomplexes :

- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

Equipement d'optique médicale 100% Santé (Classe A)

Cette garantie permet le remboursement, en cas d'acquisition de verres et montures de **classe A** et dans la limite des prix de vente au public :

- du Ticket Modérateur,
- des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité,
- de la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre, dans les conditions définies par la liste des produits et prestations remboursables.
- de la prestation d'adaptation de la prescription médicale de verre correcteur, après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance, dans le respect des conditions fixées par la réglementation en vigueur.

Equipement d'optique médicale Panier libre (Classe B)

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

- du Ticket Modérateur et,
- des frais exposés en sus du Ticket Modérateur, dans le respect des minima définis au 1° de l'article D. 911-1 du Code de la sécurité sociale et des limites définies au 3° de l'article R.871-2 du Code de la sécurité sociale.

Le remboursement d'une monture est limité à 100 euros.

Ces remboursements incluent la part des dépenses remboursées par la Sécurité sociale ainsi que le Ticket Modérateur. Ils incluent également :

- la prestation d'adaptation de la prescription médicale de verre correcteur, après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance, dans le respect des conditions fixées par la réglementation en vigueur,
- le tarif de responsabilité du supplément pour les verres avec filtre.

Dispositions communes aux équipements d'optique médicale de classes A et B

Quelle que soit la formule de base retenue, les remboursements s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de 2 verres et de 1 monture, par période de deux ans, ou tous les ans pour les mineurs de moins de 16 ans. Les autres cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu sont définis à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale.

La période mentionnée ci-dessus est fixe et s'entend à compter de la date d'acquisition du dernier équipement remboursé par la Sécurité sociale. En cas d'acquisition séparée des éléments d'un équipement, la période de deux ans s'entend à compter de la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement remboursé par la Sécurité sociale.

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

La garantie Optique permet également le remboursement d'un équipement d'optique médicale composé de verres de **classe A** et d'une monture de **classe B** ou inversement. Dans ce cas, chacun des éléments composant l'équipement est remboursé selon le niveau de garanties prévu par la présente Notice pour la classe dont il relève, dans la limite globale des plafonds prévus au 3° de l'article R.871-2 du Code de la sécurité sociale.

Le remboursement de l'équipement inclut également, dans les conditions et limites de la formule choisie :

- le tarif de responsabilité de la prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indice de réfraction différents,
- le tarif de responsabilité du supplément pour les verres avec filtre,
- le tarif de responsabilité de la prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verres correcteurs réalisée par l'opticien, qui est pris en charge en sus de l'équipement.

En tout état de cause, le remboursement global de l'équipement est au moins égal aux montants minimum prévus au 1° de l'article D.911-1 du Code de la sécurité sociale, dans les limites fixées à l'article R871-2 du même Code.

Quelle que soit la formule de base retenue, le renouvellement des équipements d'optique médicale se fait dans le respect des conditions et limites fixées par la Liste des produits et prestations remboursables.

Dans le cas où vous choisissez de souscrire des garanties facultatives, la période de renouvellement de l'équipement est identique à celle applicable aux garanties de base obligatoires.

Autres garanties Optique

Dans les conditions et limites de la formule choisie, cette garantie permet le remboursement :

- des lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale (y compris les lentilles jetables et lentilles correctrices de couleur).

Les remboursements comprennent la prise en charge du Ticket Modérateur mais n'incluent pas le remboursement de la Sécurité sociale. En cas de dépassement du forfait, le remboursement est effectué à hauteur du Ticket Modérateur.

- de la chirurgie réfractive pour corriger la myopie, l'hypermétropie, l'astigmatisme et la presbytie.

Exclusions particulières sur l'optique
Ne sont pas prises en charge :

- **les dépenses non remboursées par la Sécurité sociale (sauf pour les lentilles et la chirurgie de la myopie),**
- **les exclusions générales figurant à la partie « Risques exclus ».**

Dentaire

Dans le cadre du 100% Santé, la convention dentaire a défini une liste de soins prothétiques ciblés, dits actes « à entente directe ».

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

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

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

Les actes pour lesquels l'entente directe est limitée ou libre (**panier reste à charge maîtrisé** et **panier libre**) peuvent donner lieu à un reste à charge.

Soins

La garantie dentaire permet le remboursement :

- Des consultations et soins dentaires, y compris les actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale,
- des inlays-onlays.

Prothèses

La garantie Dentaire permet le remboursement :

- des prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (dont inlay-core) pour lesquelles l'entente directe est limitée et sans reste à charge (**panier 100 % Santé**),
- des prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (dont inlay-core) pour lesquelles l'entente directe est limitée ou libre (**panier reste à charge maîtrisé** et **panier libre**),
- **Selon les formules**, et dans les conditions et limites de la formule choisie, sont également remboursées les prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale.

Quelle que soit la formule retenue, et dans les conditions et limites de la formule choisie, cette garantie permet le remboursement des actes dentaires prothétiques dans les conditions suivantes :

- prise en charge du Ticket Modérateur et des frais de soins dentaires prothétiques exposés en sus des tarifs de responsabilité,
- dans la limite des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie prévue à l'article L.162-9 du Code de la sécurité sociale pour les actes relevant du **panier 100 % Santé** et du **panier reste à charge maîtrisé**.

Autres

La garantie Dentaire permet également le remboursement :

- de l'orthodontie remboursée par la Sécurité sociale,
- de la parodontologie et de l'endodontie remboursées par la Sécurité sociale,
- de la parodontologie et de l'endodontie non remboursées par la Sécurité sociale,
- l'orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale,
- l'implantologie, incluant l'implant et le pilier sur implant.

Selon la formule souscrite, un plafond global en Euros est prévu sur les garanties dentaires (hors consultations et soins dentaires et inlays-onlays).

Ce plafond est défini par an et par bénéficiaire et varie selon la formule choisie. En revanche, l'atteinte de ce plafond ne s'oppose pas au remboursement des actes composant le panier **100 % Santé** dans les conditions mentionnées ci-dessus.

Exclusions particulières sur le dentaire
Ne sont pas prises en charge :

- **Les dépenses non remboursées par la Sécurité sociale (sauf pour les prestations mentionnées explicitement ci-dessus),**
- **les exclusions générales figurant à la partie « Risques exclus ».**

Aides auditives

Une aide auditive (ou audioprothèse) est un dispositif médical à usage individuel destiné à compenser électroacoustiquement, au moyen d'une amplification appropriée, les pertes d'audition des malentendants ou les troubles de la compréhension. Une aide auditive se compose d'un appareillage pour une oreille ainsi que de différentes prestations d'accompagnement définies dans la liste des produits et prestations remboursables.

Dans le cadre de la réforme du 100 % Santé, les aides auditives faisant l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale ont été définies et classées en deux groupes (**classe 1 et classe 2**) selon leurs caractéristiques techniques.

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

Les aides auditives hors 100 % Santé (**classe 2**) peuvent donner lieu à un reste à charge.

Aides auditives 100% Santé (Classe 1)

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

- du Ticket Modérateur, y compris des consommables, des piles ou des accessoires et,
- des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix limites de vente au public.

Ces dispositions s'appliquent à compter du 1er janvier 2021.

Aides auditives hors 100 % Santé (Classe 2)

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

- du Ticket Modérateur, y compris des consommables, des piles ou des accessoires et,
- des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité, dans les limites définies au 4° de l'article R.871-2 du Code de la sécurité sociale.

Ces remboursements incluent la part des dépenses remboursées par la Sécurité sociale et le Ticket Modérateur ainsi que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires.

Dispositions communes aux aides auditives 100 % Santé et hors 100 % Santé

Quelle que soit la formule de base retenue, le renouvellement du remboursement d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de quatre ans suivant la date d'acquisition de la précédente aide auditive remboursée par la Sécurité sociale.

Cette période s'entend pour chaque oreille indépendamment. Elle est fixe et ne peut donc être ni réduite, ni allongée.

Dans le cas où vous choisissez de souscrire des garanties facultatives, la période de quatre ans est identique à celle applicable aux garanties de base obligatoires.

Pour l'année 2020, les aides auditives sont remboursées selon les modalités prévues par la présente Notice pour les aides auditives hors 100 % Santé.

En outre, ne sont pas pris en charge :

- les dépenses non remboursées par la Sécurité sociale (sauf pour les prestations mentionnées explicitement),
- les exclusions générales figurant à l'article «Risques Exclus».

Autres soins

Cures thermales

Cette garantie permet le remboursement :

- des frais de cures remboursés par la Sécurité sociale. Il inclut le ticket modérateur et un forfait en Euros par cure et par bénéficiaire pour les frais liés au transport et à l'hébergement,
- aux frais d'accompagnement pour les enfants curistes de moins de 16 ans dans la limite d'un forfait annuel.

Vaccins, pilules contraceptives et traitements nicotiniques prescrits non remboursés par la Sécurité sociale

Ces garanties permettent le remboursement des vaccins, pilules contraceptives et traitements nicotiniques prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale à concurrence d'un plafond applicable par année civile et par bénéficiaire.

Le remboursement est conditionné à :

- une prescription par un médecin dûment habilité par le Code de la santé publique,
- un achat en pharmacie,
- l'envoi de factures nominatives (désignation du traitement et du bénéficiaire).

Allocation naissance /adoption

Une prime est versée à la naissance par enfant ou en cas d'adoption quel que soit le sexe de l'assuré et sans contrainte de rattachement du conjoint et de l'enfant au contrat. Si les deux conjoints sont affiliés au régime, ladite allocation est versée à chacun d'eux.
Pour en bénéficier, la demande de remboursement doit être accompagnée d'une copie de l'acte de naissance de l'enfant concerné ou du certificat d'adoption. Seule la naissance d'un enfant de l'Assuré (qu'il soit le père ou la mère) ouvre droit à prestation. En cas d'adoption, l'enfant doit être adopté par l'Assuré lui-même.

Allocation enfant handicapé

Cette garantie prévoit le versement d'une allocation sous forme de capital à chaque enfant handicapé lors de la reconnaissance du handicap sur présentation de justificatif. Si les deux conjoints sont affiliés au régime, ladite allocation est versée à chacun d'eux

Ostéodensitométrie non remboursée par la Sécurité sociale

Cette garantie permet le remboursement des actes d'ostéodensitométrie non remboursés par la Sécurité sociale en vue de mesurer la densité osseuse et d'établir un diagnostic d'ostéoporose, à concurrence d'un forfait en Euros applicable par an et par bénéficiaire.

…

Médecines douces

Cette garantie permet le remboursement des consultations d'ostéopathe, étiopathe, chiropracteur, nutritionniste, ostéodensitométrie non prise en charge, acupuncteur, psychomotricité, psychologue, naturopathe et ergothérapeute réalisées par des praticiens inscrits auprès du registre national de leur spécialité à concurrence d'un plafond applicable par séance et par bénéficiaire dans la limite d'un nombre défini de séances par année civile. Le remboursement est effectué sur présentation d'une facture nominative, établie par le praticien.

En outre, ne sont pas pris en charge :

- **les actes de praticiens non recensés professionnellement dans les activités listées ci-dessus,**
- **les exclusions générales figurant à l'article «Risques Exclus».**

▶ Risques exclus

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

› La participation forfaitaire mentionnée à l'article L.160-13 II du Code de la sécurité sociale, laissée à la charge des assurés notamment pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale,

› Les franchises médicales mentionnées à l'article L.160-13 III du Code de la sécurité sociale,

› La majoration de participation de l'assuré prévue par l'article L.162-5-3 du Code de la sécurité sociale en cas de non désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription médicale du médecin traitant,

› Les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques réalisés par un spécialiste consulté sans prescription médicale du médecin traitant et qui ne relève pas d'un protocole de soins, visés à l'article L.162-5, 18° du Code de la sécurité sociale ;

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

Par ailleurs, sont également exclus :

› Les traitements et opérations de rajeunissement ainsi que les traitements et opérations de chirurgie esthétique sauf lorsque ceux-ci font l'objet d'un remboursement par la Sécurité Sociale,

› Dans le cadre d'un séjour en établissement hospitalier, ne sont pas pris en charge les frais à caractère personnel tel que : journaux, télévision, téléphone, suppléments hôteliers, services et locations divers.
Sont par ailleurs exclus de l'hospitalisation médicale les frais de séjour à la campagne, à la mer, à la montagne engagés pour des cures thermales ou relevant d'une intervention chirurgicale, sauf lorsque ceux-ci font l'objet d'un remboursement par la Sécurité Sociale.

TABLEAU DE GARANTIES

Les garanties du tableau sont en complément du remboursement de la Sécurité sociale à l'exception de la Grille Optique.
Les garanties du régime supplémentaire s'ajoutent à celles du régime obligatoire de base et complémentaire.

HOSPITALISATION

Garanties	Base	Régimes obligatoires (base + complémentaire)	Régime supplémentaire facultatif
Forfait journalier hospitalier (médecine, chirurgie et psychiatrie) **Sans limitation de durée dans les établissements hospitaliers**	100% FR	100% FR	-
Honoraires médicaux			
Honoraires pour les médecins (consultations et actes techniques)			
Médecins adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (1)	TM + 500% BR	TM + 500% BR	-
Médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée	TM + 100% BR	TM + 500% BR	-
Prestations hospitalières			
Frais de séjour	TM + 20% BR	TM + 20% BR	-
Franchise hospitalière (actes lourds supérieurs à 120€)	100% FR	100% FR	-
Chambre particulière (maximum 60 jours)	55 € / jour	55 € / jour	+25 € / jour
Frais d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans, maximum 7 jours)	20 € / jour	20 € / jour	+15 € / jour

(1) Pour savoir si votre médecin est adhérent à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée, rendez-vous sur Ameli.fr

SOINS COURANTS

Garanties	Base	Régimes obligatoires (base + complémentaire)	Régime supplémentaire facultatif
Honoraires médicaux			
Honoraires pour les médecins généralistes (consultations, visites et soins)			
Médecins adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (1)	TM + 50% BR	80% BR	+50%BR
Médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée	TM + 30% BR	80% BR	+50%BR
Honoraires pour les médecins spécialistes, neuropsychiatres et actes techniques médicaux (consultations, visites et soins)			
Médecins adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (1)	TM + 200% BR	230% BR	+50%BR
Médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée	TM + 100% BR	230% BR	+50%BR
Honoraires pour des actes de radiologie (radiologie, IRM, scanners, échographie…)			
Médecins adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (1)	TM + 100% BR	130% BR	+50%BR
Médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée	TM + 80% BR	130% BR	+50%BR
Honoraires paramédicaux	TM + 50% BR	90% BR	-
Analyses et examens de laboratoire	TM + 50% BR	90% BR	-
Transport remboursé par la Sécurité sociale	TM	35% BR	-
Médicaments			
Médicaments prescrits remboursés par la Sécurité sociale			
Médicaments à service médical rendu majeur ou important	100% TM	100% TM	-
Médicaments à service médical rendu modéré	100% TM	100% TM	-
Médicaments à service médical rendu faible	100% TM	100% TM	-
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale			
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (forfait par an et par bénéficiaire)	15 €	15 €	-
Pilule contraceptive prescrite non remboursée par la Sécurité sociale (forfait par an et par bénéficiaire)	50 €	50 €	-
Traitement nicotinique prescrit non remboursé par la Sécurité sociale (forfait par an et par bénéficiaire)	125 €	125 €	-
Matériel médical			
Appareillages non listés après	TM	TM	-
Fauteuil roulant remboursé par la Sécurité sociale	TM + 2000 € + 80 % min (FR-BR-2000 € ; 500 % BR)	TM + 2000 € + 80 % min (FR-BR-2000 € ; 500 % BR)	-
Prothèse mammaire remboursé par la Sécurité sociale	TM + 300€	TM + 300€	-
Prothèse capillaire remboursé par la Sécurité sociale	TM + 300€	TM + 300€	-
Semelle orthopédique	TM + 700% BR	TM + 700% BR	+ 100% BR

(1) Pour savoir si votre médecin est adhérent à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée, rendez-vous sur Ameli.fr

OPTIQUE

Garanties	Base	Régimes obligatoires (base + complémentaire)	Régime supplémentaire facultatif
La prise en charge est limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture : - par période de deux ans pour les assurés âgés de 16 ans et plus ; - par période d'un an pour les assurés de moins de 16 ans ; - par période de six mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Le décompte de la période s'effectue de date d'achat à date d'achat. Par dérogation, la période de deux ans, qui s'applique aux assurés de 16 ans et plus, est réduite, en cas d'évolution de la vue dans les conditions précisées par la règlementation.			
Equipements 100% Santé, tels que définis réglementairement - Garanties incluant le remboursement de la Sécurité Sociale. **Le remboursement total de la Sécurité Sociale et de Crédit Agricole Assurances ne peut en aucun cas dépasser le Prix Limite de Vente (PLV) de l'acte ou du soin.**			
Monture	Garantie sans reste à charge, dans la limite des prix limites de vente (PLV)	Garantie sans reste à charge, dans la limite des prix limites de vente (PLV)	-
Verres			-
Prestation d'appairage			-
Prestation d'adaptation			-
Equipements Hors 100% Santé - Garanties incluant le remboursement de la Sécurité Sociale.			
Monture	100 €	100 €	-
Verre	Voir "grille optique" ci-après	Voir "grille optique" ci-après	Voir "grille optique" ci-après
Prestation d'adaptation (par équipement)	10 €	10 €	-
Autres prestations optiques			
Lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale (forfait par an et par bénéficiaire) (1)	TM +130 €	TM +130 €	+50€
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie) : Forfait par oeil	700 €	700 €	+400€

(1) Prise en charge à hauteur du TM pour les lentilles remboursables après consommation du forfait

DENTAIRE

Garanties	Base	Régimes obligatoires (base + complémentaire)	Régime supplémentaire facultatif
Soins et prothèses 100% Santé, tels que définis réglementairement - Garanties incluant la prise en charge SS			
Soins	Garantie sans reste à charge, dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF)	Garantie sans reste à charge, dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF)	-
Prothèses			-
Soins hors 100% Santé **Dans le panier "Reste à charge maîtrisé", le remboursement total de la Sécurité Sociale et de Crédit Agricole Assurances ne peut en aucun cas dépasser les Honoraires Limite de Facturation (HLF) de l'acte ou du soin.**			
Soins - Panier Reste à charge maîtrisé et Panier libre			
Consultations et soins dentaires hors Inlay Onlay	TM	30% BR	-
Inlay onlay - forfait par dent	TM + 400% BR	430% BR	+100%BR
Prothèses hors 100% Santé **Dans le panier "Reste à charge maîtrisé", le remboursement total de la Sécurité Sociale et de Crédit Agricole Assurances ne peut en aucun cas dépasser les Honoraires Limite de Facturation (HLF) de l'acte ou du soin.**			
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale hors inlay-core	TM + 400% BR	430% BR	+100%BR
Inlay core remboursé par la Sécurité sociale avec ou sans clavette	TM + 170 % BR	200 % BR	-
Prothèse transitoire	TM + 97 €	TM + 97 €	-
Bridge 3 pièces	TM + 1 333 €	TM + 1333 €	+ 300 €
Inter de bridge supplémentaire	TM + 538 €	TM + 538 €	+ 100 €
Autres prestations dentaires			
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	TM + 300% BR	TM + 300%BR	+50%BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale (par semestre)	387 €	387 €	+200€
Parodontologie non remboursée (forfait par quadrant, par an et par bénéficiaire)	300 €	300 €	+100€
Implantologie (par an et par bénéficiaire)	500 €	500 €	+200€

AIDES AUDITIVES

Garanties	Base	Régimes obligatoires (base + complémentaire)	Régime supplémentaire facultatif
La prise en charge est limitée à un équipement par oreille et par période de 4 ans, décomptée de date d'achat à date d'achat. Le remboursement total de la Sécurité Sociale et de Crédit Agricole Assurances ne peut en aucun cas dépasser le plafond réglementaire de 1700 € par oreille.			
A compter du 1er janvier 2021 : Equipements 100% Santé, tels que définis réglementairement (1)			
Aide auditive / oreille Pour l'ensemble des assurés quel que soit leur âge	Garantie sans reste à charge, dans la limite des prix limites de vente (PLV)	Garantie sans reste à charge, dans la limite des prix limites de vente (PLV)	-
Equipements hors 100% Santé			
Aide auditive / oreille Pour l'ensemble des assurés quel que soit leur âge	TM + 620 €	TM + 620 €	+280€
Autres			
Piles acoustiques	TM +60 €	TM +60 €	-

(1) Avant l'entrée en vigueur du panier 100% Santé au 01/01/2021, prise en charge à hauteur du panier hors 100% Santé

AUTRES SOINS

Garanties	Base	Régimes obligatoires (base + complémentaire)	Régime supplémentaire facultatif
Médecine douce			
Séances d'ostéopathie par séance, dans la limite de 3 séances par an et par bénéficiaire	40 €	40 €	+10€
Séances d'Etiopathie, Chiropractie, Nutritionniste, Ostéodensitométrie non prise en charge, Acupuncture, Psychomotricité, Psychologie, Naturopathie, Ergothérapie (par séance, dans la limite de 5 séances par an et par bénéficiaire)	25 €	25 €	+10€
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale			
Transport et l'hébergement	TM + 80€	TM + 80€	-
Frais d'accompagnement enfant curiste (enfant de moins de 16 ans, forfait annuel)	40 €	40 €	-
Autres soins			
Ostéodensitométrie	TM	30% BR	
Allocation naissance (1)	125 €	125 €	-
Allocation enfant handicapé(2)	390 €	390 €	-
Actes de prévention (Conformément à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale)	100%	100%	-

(1) L'allocation naissance est versée par enfant, pour naissance ou adoption, quel que soit le sexe de l'assuré et sans contrainte de rattachement de l'enfant au contrat. Si les deux parents sont affiliés au régime, l'allocation est versée à chacun d'eux.
(2) L'allocation est versée à la reconnaissance du handicap, sur présentation de justificatif.

SERVICES

Réseau de Soins	ITELIS	ITELIS	ITELIS
Assistance Hospitalisation	Inclus	Inclus	Inclus
Assistance Maladie Redoutées	Inclus	Inclus	Inclus
HospiZen	Inclus	Inclus	Inclus

LEXIQUE

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

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

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

PLV : Plafond Limite de vente. Limitation des frais réels mise en place par la réglementation "100% santé", qui s'impose aux opticiens et audioprothésistes

HLF : Honoraires Limite de Facturation. Limitation des frais réels mise en place par la réglementation "100% santé", qui s'impose aux dentistes.

Grille Optique (y compris remboursement de la Sécurité Sociale)

En optique, les garanties s'articulent autour de la notion d'équipement.
Un équipement est défini comme l'ensemble d'une monture et deux verres. Les équipements sont classés en cinq classes, en fonction de la correction visuelle de chaque œil.

Au sein d'un équipement, le montant pris en charge au titre de la monture est limité à 100€. Le régime prend en charge :

› pour les adultes, un seul équipement par période de 2 ans (date d'achat à date d'achat) sauf changement de correction,

› pour les enfants (de moins de 18 ans) un équipement par an (date d'achat à date d'achat).

- Régimes de base et complémentaire obligatoires :

		Dans le réseau ITELIS : OPTI 3 Remboursement intégral y compris Sécurité Sociale sur les produits suivants: verres organiques de marque exclusivement.	Hors réseau ITELIS : Garantie par verre, y compris Sécurité Sociale
UNIFOCAL	**Faible**	Traitement contre les rayures. Traitement antireflet, anti UV, et anti lumière bleue nocive. Epaisseur de verre optimisée en fonction de la monture.	**60 €**
	Modéré	Verre aminci Traitement contre les rayures. Traitement antireflet, anti UV, et anti lumière bleue nocive. Epaisseur de verre optimisée en fonction de la monture.	**80 €**
	Moyen	Verre très aminci Traitement contre les rayures. Traitement antireflet, anti UV, et anti lumière bleue nocive. Epaisseur de verre optimisée en fonction de la monture.	**100 €**
	Elevé	Verre ultra aminci Traitement contre les rayures. Traitement antireflet, anti UV, et anti lumière bleue nocive. Epaisseur de verre optimisée en fonction de la monture.	**115 €**
	Très élevé		**145 €**
MULTIFOCAL	**Faible**	Traitement contre les rayures. Traitement antireflet, anti UV, et anti lumière bleue nocive. Epaisseur de verre optimisée en fonction de la monture. Verres progressifs optimisés.	**160 €**
	Modéré	Verre aminci Traitement contre les rayures. Traitement antireflet, anti UV, et anti lumière bleue nocive. Epaisseur de verre optimisée en fonction de la monture. Verres progressifs optimisés.	**180 €**
	Moyen	Verre très aminci Traitement contre les rayures. Traitement antireflet, anti UV, et anti lumière bleue nocive. Epaisseur de verre optimisée en fonction de la monture. Verres progressifs optimisés.	**200 €**
	Elevé	Verre ultra aminci Traitement contre les rayures. Traitement antireflet, anti UV, et anti lumière bleue nocive. Epaisseur de verre optimisée en fonction de la monture. Verres progressifs optimisés.	**220 €**
	Très élevé		**240 €**

- <u>Régimes obligatoires de base et complémentaire + régime supplémentaire facultatif :</u>

		Dans le réseau ITELIS : OPTI 4 Remboursement intégral y compris Sécurité Sociale sur les produits suivants: verres organiques de marque exclusivement.	Hors réseau ITELIS : Garantie par verre, y compris Sécurité Sociale
UNIFOCAL	Faible	Traitement contre les rayures. Traitement antireflet, anti UV, et anti lumière bleue nocive. Epaisseur de verre optimisée en fonction de la monture.	70 €
	Modéré	Verre aminci Traitement contre les rayures. Traitement antireflet, anti UV, et anti lumière bleue nocive. Epaisseur de verre optimisée en fonction de la monture.	90 €
	Moyen	Verre très aminci Traitement contre les rayures. Traitement antireflet, anti UV, et anti lumière bleue nocive. Epaisseur de verre optimisée en fonction de la monture.	110 €
	Elevé	Verre ultra aminci Traitement contre les rayures. Traitement antireflet, anti UV, et anti lumière bleue nocive. Epaisseur de verre optimisée en fonction de la monture.	125 €
	Très élevé		155 €
MULTIFOCAL	Faible	Traitement contre les rayures. Traitement antireflet, anti UV, et anti lumière bleue nocive. Epaisseur de verre optimisée en fonction de la monture. Verres progressifs optimisés.	180 €
	Modéré	Verre aminci Traitement contre les rayures. Traitement antireflet, anti UV, et anti lumière bleue nocive. Epaisseur de verre optimisée en fonction de la monture. Verres progressifs optimisés.	200 €
	Moyen	Verre très aminci Traitement contre les rayures. Traitement antireflet, anti UV, et anti lumière bleue nocive. Epaisseur de verre optimisée en fonction de la monture. Verres progressifs optimisés.	220 €
	Elevé	Verre ultra aminci Traitement contre les rayures. Traitement antireflet, anti UV, et anti lumière bleue nocive. Epaisseur de verre optimisée en fonction de la monture. Verres progressifs optimisés.	240 €
	Très élevé		260 €

Correction			
Niveau de correction	Sphère ou Sphère + Cylindre		Cylindre
Faible	Sphère	[-2 ; +2]	0
	Sphère	[-2 ; 0]	]0 ; +4]
	Sphère + Cylindre	[0 ; +2]	> 0
Modéré	Sphère	[-4 ; -2[ou]+2 ; +4]	0
	Sphère	[-4 ; -2[	]0 ; +4]
	Sphère + Cylindre	]+2 ; +4]	> 0
Moyen	Sphère	[-6 ; -4[ou]+4 ; +6]	0
	Sphère	[-6 ; -4[	]0 ; +4]
	Sphère + Cylindre	]+4 ; +6]	> 0
Elevé	Sphère	[-8 ; -6[ou]+6 ; +8]	0
	Sphère	[-8 ; -6[	]0 ; +4]
	Sphère + Cylindre	]+6 ; +8]	> 0
Très élevé	Sphère	< -8 ou > +8	0
	Sphère	[-8 ; 0]	> +4
	Sphère	< -8	> 0
	Sphère + Cylindre	> +8	> 0

▶ Deux possibilités de remboursement

› Par télétransmission, les demandes de remboursement sont traitées en 48h après remboursement du Régime Obligatoire et le compte bancaire de l'Assuré est crédité des sommes dues selon les délais interbancaires.

› En envoyant les documents nécessaires au remboursement (décompte de la Sécurité sociale + pièces justificatives) à Crédit Agricole Assurances (Retrouver tous les contacts à la fin du document).

EN PRATIQUE

Afin de faciliter ces démarches, privilégier la télétransmission, également appelée Noémisation !

Pour en bénéficier, il suffit d'envoyer à l'Assureur une photocopie de l'attestation du Régime Obligatoire et celles des bénéficiaires éventuels, accompagnées d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB).

COMMENT SAVOIR SI LA CONNEXION EST ACTIVÉE ?

L'Assuré bénéficie de la télétransmission si les décomptes du Régime Obligatoire comportent le message « décompte transmis directement à l'organisme complémentaire ».
Dès lors, l'Assuré n'a aucune démarche supplémentaire à effectuer.

▶ La prise en charge hospitalière

L'hospitalisation mérite une attention toute particulière. C'est la raison pour laquelle une procédure de prise en charge administrative immédiate est mise à la disposition de l'Assuré, en cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné.

L'Assuré peut effectuer sa demande de prise en charge directement depuis l'espace web ou application mobile Ma Santé ce qui lui évite d'avancer les fonds (à l'exception des frais personnels) dans la limite des garanties du contrat et en tout état de cause dans la limite de 300 % de la Base de Remboursement pour les honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire.

À défaut de prise en charge, l'Assuré doit régler son séjour hospitalier à l'établissement et adresser la facture originale à l'Assureur.

▶ Le réseau Itelis

Un réseau en optique, dentaire et audio

› Des tarifs privilégiés,

› Dispense d'avance de frais grâce au Tiers payant,

› Des services exclusifs gratuits.

LES + DU RÉSEAU OPTIQUE

› Jusqu'à 40% d'économie moyenne sur les verres,

› 15% de remise minimale sur les montures et le para-optique (lunettes de soleil, produits lentilles, …),

› Jusqu'à 10% de remise minimale sur les lentilles,

› Accès à une ligne d'équipement sans aucun reste à charge quelle que soit la correction optique,

› Accord avec 12 marques de verres parmi les plus représentatives sur le marché français,

› Garantie casse sans franchise de 2 ans (pour montures et verres) et 6 mois (pour les lentilles),

› Garantie adaptation sans franchise de 2 mois pour les verres et garantie adaptation et déchirure de 3 mois (pour les lentilles),

› Entretien gratuit de l'équipement.

LES + DU RÉSEAU DENTAIRE

› Tarif à partir de 1 400 € pour un acte complet d'implantologie (implant, pilier, couronne),

› Jusqu'à 15% d'économie sur les prothèses les plus fréquentes (couronnes, bridges),

› Jusqu'à 25% d'économie sur un traitement implantaire,

› Tiers payant pour les prothèses dentaires.

LES + DU RÉSEAU AUDIO

› Accord avec 12 marques d'aides auditives parmi les plus représentatives sur le marché français,

› Essai gratuit d'un mois minimum,

› Garantie Panne 4 ans,

› Facilité de paiement,

› 40% d'économie moyenne sur les aides auditives.

COMMENT ÇA MARCHE ?

L'Assuré localise le partenaire le plus proche sur l'application Ma Santé

L'Assuré présente sa carte de Tiers payant sur laquelle figure la mention Itelis au praticien partenaire

L'Assuré bénéficie des avantages du réseau Itelis

▶ Estimation / Devis (Réseau et Hors réseaux Itelis)

Une dépense importante chez un praticien ?

En cas de dépense importante (dentaire, optique, audioprothèses,…), l'Assuré peut évaluer le prix de la prestation proposée grâce au service d'analyse de devis. Pour cela, il suffit d'envoyer la proposition au Centre de gestion (par courrier, par mail ou via l'espace Ma Santé).

L'Assuré reçoit une évaluation de la cotation globale mais aussi de la cotation par acte des prestations à honoraires libres. Il dispose ainsi d'une information précieuse afin de mieux évaluer la proposition du professionnel de santé, de faire un choix éclairé et d'être informé sur le remboursement et le reste à charge éventuel.

▶ La prise en charge optique et dentaire

Pour bénéficier de la prise en charge intégrale de ses frais en optique et en dentaire - que ce soit dans le réseau ou hors du réseau Itelis (dans la limite des garanties du contrat), l'Assuré peut effectuer une demande directement auprès de l'Assureur. Une fois que l'accord préalable est donné par l'Assureur, le remboursement est effectué directement auprès du professionnel ou à l'établissement ayant effectué les soins, sous réserve que ce dernier pratique le Tiers payant.

▶ Assistance

- Des garanties d'assistance pour aider l'Assuré partout et à tout moment (accessible 24h/24 et 7j/7)
- Une mise en œuvre simple à formuler par téléphone au **09 69 39 12 54**
- Un accompagnement personnalisé en fonction de la situation de l'Assuré

L'Assuré est malade ou blessé chez lui ou proche de son domicile *(à moins de 50 km)*

Exemple de prestations : aide à la recherche d'un médecin à proximité, prise en charge de la livraison de médicaments …

L'Assuré est hospitalisé pour une durée imprévue de 24 heures ou programmée de 5 jours consécutifs

Exemple de prestations : transfert à l'hôpital par ambulance, aide-ménagère à domicile, assistance aux animaux de compagnie …

L'Assuré est malade ou blessé en France ou à l'étranger *(à plus de 50 km du domicile)*

Exemple de prestations : transport sanitaire à l'hôpital le plus proche du domicile, prise en charge du transport de l'hôpital au domicile, envoi de médicaments, …

Pour plus de détail, se référer à la notice Assistance dans la suite du document

▶ Téléconsultation : consulter un médecin à distance

En cas d'indisponibilité du médecin traitant, l'Assuré peut consulter un médecin généraliste (dans la limite de 10 consultations par an et par bénéficiaire) pour obtenir un avis médical 7j/7 et 24h/24 par téléphone au **09 69 39 12 50** (numéro non surtaxé) ou en visioconférence depuis l'application mobile ou l'espace web **Ma Santé** :

1. L'Assuré appelle le numéro dédié **OU** se connecte sur **Ma Santé** pour accéder à la visioconférence
2. L'Assuré échange avec un infirmier qui le conseille et prépare sa consultation
3. L'Assuré réalise sa consultation avec un médecin qui établit un diagnostic, lui propose des solutions adaptées et peut délivrer si besoin une ordonnance et l'orienter (pas de délivrance d'arrêt de travail).

▶ Hospizen : mieux se préparer à l'hospitalisation pour mieux se rétablir

Hospizen accompagne l'Assuré avant, pendant et après une hospitalisation pour vivre son séjour hospitalier plus sereinement.

*L'Assuré présélectionne les prestations d'assistance dont il souhaite bénéficier**

Avant

- Il se connecte sur **Ma Santé** pour accéder à son programme personnalisé : informations médicales, conseils pratiques
- Il consulte les services d'assistance inclus dans son contrat
- Il prépare son hospitalisation : il peut échanger à tout moment avec un professionnel de santé

Pendant

- Il reçoit un SMS pour rappeler/confirmer sa date de sortie
- L'équipe HospiZen met en œuvre des services personnalisés pour lui et ses proches pour préparer sa sortie

Après

- Il est contacté par les services Mondial Assistance pour finaliser l'organisation de ses prestations

**Jusqu'à 15 jours maximum après la sortie de l'hôpital.*

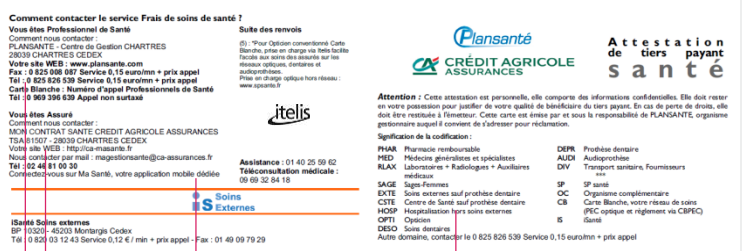
▶ Le Tiers payant

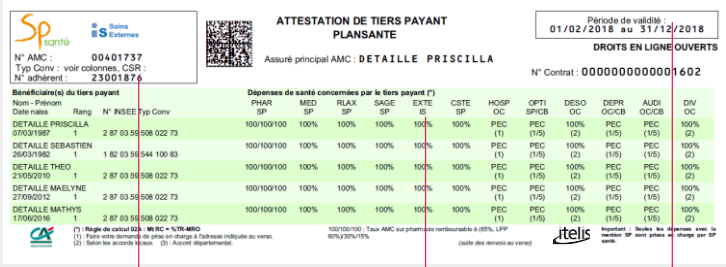
Pour éviter à l'Assuré d'avancer certains frais (pharmacie, biologie, radiologie, auxiliaires médicaux, soins externes et transport, …), l'Assureur lui délivre sa carte de Tiers Payant.

Si le professionnel l'accepte, seule la partie des frais non couverte par la couverture complémentaire reste à sa charge et sera à régler directement à son professionnel de santé.

▶ La carte de Tiers payant

La carte de Tiers payant est éditée chaque année pour chaque Assuré bénéficiaire du régime immatriculé sous son propre numéro de Sécurité sociale (et non par famille). Elle est adressée directement à son domicile. La carte est également disponible sur l'application « Ma Santé ».





Pour contacter le centre de gestion.

Adresse pour accéder aux services en ligne.

Détail des prestations en tiers payant.

Le numéro d'adhérent pour se connecter aux services en ligne.

Détail des prestations ouvrant droit au tiers payant (les autres garanties apparaissent dans le tableau des garanties).

Période de validité. Dès réception d'une nouvelle carte, détruisez la précédente, elle n'est plus valable.

Informations réservées aux professionnels de santé.

▶ Le tiers payant généralisé

Le tiers payant généralisé ne s'applique que sur les garanties prévues au contrat faisant l'objet d'un tarif de responsabilité et dans la limite de ce tarif de responsabilité, sauf mention contraire sur la carte de tiers payant.

JUSTIFICATIFS À FOURNIR POUR LE REMBOURSEMENT

Accélérer le traitement des demandes de remboursement : utiliser l'application Crédit Agricole « Ma Santé » et charger la photo du justificatif pris avec son smartphone.

▶ Pièces à fournir directement sur l'application « Ma Santé » ou par courrier adressé au centre de gestion

Hospitalisation

– **Avec télétransmission :** Facture acquittée,
– **Sans télétransmission :** Facture hospitalière acquittée et décompte de la Sécurité sociale ou facture du professionnel et la facture des dépassements d'honoraires.

Soins médicaux courants

Consultations et Pharmacie remboursée

Sans télétransmission : Décompte de la Sécurité sociale.

Laboratoire et Radiologie

– **Avec télétransmission :** Facture acquittée si paiement du Ticket modérateur.
– **Sans télétransmission :** Décompte de la Sécurité sociale.

Frais de transport

– **Avec télétransmission :** Facture acquittée du professionnel mentionnant le ticket modérateur.
– **Sans télétransmission :** Décompte de la Sécurité sociale, et facture du professionnel mentionnant le ticket modérateur.

Optique

Verres et monture

– Facture acquittée et Copie de la prescription médicale,
– Décompte de la Sécurité sociale.

Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale

– Facture,
– Prescription médicale en cours de validité à la date d'achat,
– Décompte original de la Sécurité sociale.

Lentilles de contact correctrices, non remboursées par la Sécurité sociale

– Copie de l'ordonnance de l'ophtalmologiste datant de moins de 3 ans sauf mention contraire sur l'ordonnance,
– Facture acquittée.

Chirurgie réfractive

– Facture acquittée.

Dentaire

Soins dentaires

– **Avec télétransmission** : Facture acquittée si paiement du Ticket modérateur,
– **Sans télétransmission** : Décompte de la Sécurité sociale.

Prothèses dentaires remboursées ou non par la Sécurité sociale

– **Avec télétransmission** : Facture acquittée précisant la codification des travaux effectués avec le numéro des dents,
– **Sans télétransmission** : Décompte de la Sécurité sociale.

Attention : Règlement de la facture en fin de semestre par l'Assuré

Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale

– **Avec télétransmission** : Facture acquittée précisant le trimestre concerné avec les dates de début et de fin à partir de 800€,
– **Sans télétransmission** : Facture acquittée et décompte de la Sécurité sociale.

Implants

– Facture acquittée mentionnant la nature des actes pratiqués avec le numéro des dents.

Autres soins

Prothèses autres que dentaires

– Facture acquittée et décompte de la Sécurité sociale.

Cures thermales

– Facture acquittée de l'établissement thermal,
– Décompte de la Sécurité sociale,
– Facture acquittée des frais d'hébergement (avec numéro du bailleur) et de transport.

Médecine douce

Facture acquittée.

A noter : Le centre de gestion Crédit Agricole Assurances se réserve le droit de demander les documents originaux.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

▶ Médiation

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

02 46 81 00 30 (prix d'un appel local non surtaxé)

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

MON CONTRAT SANTE
CREDIT AGRICOLE ASSURANCES
TSA 81507
28039 CHARTRES CEDEX

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

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

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

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

ou sur le site internet :

http://www.mediation-assurance.org

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

▶ Délai de prescription

Conformément à l'article L.114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- **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**.

Conformément à l'article L.114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par 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 la prestation.

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

- **la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;**
- **une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée ;**
- **la demande en justice, même en référé, et y compris dans le cas où elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque la saisine de la juridiction est annulée par l'effet d'un vice de procédure. L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande en justice ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.**

▶ Subrogation

Conformément à l'article L.131-2, alinéa 2 du Code des assurances, les prestations ayant un caractère indemnitaire et étant versées en remboursement des frais supportés par l'assuré, l'Assureur est subrogé, à concurrence des sommes versées par lui, dans les droits et actions de l'assuré, contre tout tiers responsable.

▶ Fausse déclaration

Conformément à l'article L.113-8 du Code des assurances, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors la nullité de l'adhésion au contrat est opposée.
Les cotisations payées demeurent acquises à l'Assureur, qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts, et les prestations versées feront l'objet d'un remboursement par l'Assuré (ou l'ayant droit).
En tout état de cause, en cas de déclaration frauduleuse sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre ou en cas d'utilisation volontaire de documents inexacts comme justificatifs, alors l'Assureur n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondant le cas échéant à des soins réels.

▶ Protection des données personnelles

Les données à caractère personnel vous concernant, et concernant vos ayants-droit, collectées dans le cadre de la présente adhésion et au cours de son exécution, sont communiquées à PREDICA, responsable de traitement.

Ces données font l'objet d'un traitement dans le cadre des finalités suivantes : la passation, l'exécution et la gestion des contrats d'assurance, ainsi que la réponse à nos obligations légales, réglementaires et administratives en vigueur. Le traitement de ces données **est obligatoire** pour l'accomplissement des finalités visées ci-dessus.

Conformément à la législation en vigueur sur la protection des données personnelles, vous êtes informé que vos données à caractère personnel et celles de vos ayants-droit, seront conservées, proportionnellement aux finalités décrites et pour les durées suivantes :

Dans le cadre de la passation, de l'exécution et de la gestion du contrat :

Ces données sont conservées pour la durée de la relation contractuelle, augmentée des délais nécessaires à la liquidation et à la consolidation de vos droits et de ceux de vos ayants-droit et des durées relatives aux prescriptions applicables.

- Les données d'identification et de connaissance de la personne assurée sont conservées 5 ans à compter de la fin de la relation contractuelle.
- Les données relatives au paiement des prestations sont conservées 5 ans après le paiement de la prestation.
- Dans le cadre de la Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme : 5 ans à compter de la réalisation de l'opération.
- Dans le cadre des obligations de connaissance client, obligations déclaratives fiscales OFAC : conservation selon les durées légales ou réglementaires de prescription applicables.

  Conformément à la règlementation en vigueur, PREDICA peut consulter la liste des Nationaux Spécialement Désignés et Personnes Bloquées du Département du Trésor américain (http://sdnsearch.ofac.treas.gov).
- Dans le cadre de lutte contre la fraude : 6 mois à compter de l'alerte pour les alertes non pertinentes. Pour les alertes pertinentes, la durée de conservation est de 5 ans à compter de la clôture du dossier de fraude ou prescription légale applicable en cas de poursuite.

Vos données (à l'exclusion du NIR), sont par ailleurs **nécessaires :**

- A la **réalisation d'actions de prospection et d'animation commerciales, et à l'élaboration de statistiques**, et peuvent être conservées pendant 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale. Au-delà de ces 3 ans, les données sont supprimées.
- **Et dans le cadre de la prospection commerciale et en l'absence de conclusion d'un contrat** : les données prospects peuvent être conservées pendant un délai de 3 ans à compter du dernier contact resté infructueux. Au-delà de ces 3 ans, les données seront supprimées.

Le traitement des données collectées pour la passation, l'exécution et la gestion du contrat a pour base légale l'exécution contractuelle ;

Les traitements de données dans le cadre de : la lutte contre le blanchiment de capitaux, du financement du terrorisme, des obligations de connaissance client, obligations déclaratives fiscales IFU, FATCA, OFAC, EAI, ont pour base légale les obligations légales du Responsable de Traitement ;

Le traitement des données collectées pour la lutte contre la fraude interne et externe a pour base légale l'intérêt légitime du Responsable de Traitement ;

Le traitement des données de santé, collectées pour la bonne exécution du contrat a pour base légale le consentement de la personne concernée;

Le traitement des données dans le cadre de la prospection commerciale a pour base légale l'intérêt légitime du Responsable de Traitement ;
Le traitement des données dans le cadre de la prospection commerciale par voie électronique a pour base légale le consentement de la personne concernée

Les destinataires de ces données sont : l'intermédiaire d'assurance auprès duquel l'adhésion a été réalisée et le cas échéant, les co-assureurs et ré-assureurs, autorités administratives et judiciaires pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires, ainsi qu'à une ou plusieurs sociétés du Groupe Crédit Agricole, chargées de la gestion et de la prévention des risques opérationnels (lutte contre le blanchiment de capitaux, évaluation des risques) au bénéfice de l'ensemble des entités du Groupe, sans possibilité d'opposition de votre part.

Ces données sont également communiquées à nos sous-traitants, dont la liste pourra vous être communiquée sur simple demande selon les modalités précisées ci-après.

Par ailleurs, vos données pourront être communiquées aux entités assurances du Groupe, PACIFICA et CACI, dans le seul et unique but d'une meilleure connaissance client, et afin de vous proposer des produits d'assurance adaptés à vos besoins. Vos données pourront également être utilisées à des fins statistiques. Vous pouvez à tout moment vous y opposer selon les modalités précisées ci-après.

Vous autorisez également PREDICA à communiquer vos coordonnées personnelles à des instituts d'enquêtes ou de sondage, agissant pour le compte exclusif de PREDICA et des sociétés d'assurance du Groupe, PACIFICA et CACI, à des fins statistiques, sachant que vous n'êtes pas tenu de répondre à leurs sollicitations et que vos données sont détruites après traitement. Vous pouvez exercer votre droit d'opposition à ces enquêtes dès le premier contact. Nous soulignons que vous n'êtes pas tenu de répondre à leurs sollicitations, que vous pouvez par ailleurs exercer votre droit d'opposition à ces enquêtes dès le premier contact et que vos données sont détruites après traitement.

En application de la réglementation en vigueur, vous disposez, sur vos données à caractère personnel, ainsi que vos ayants-droit sur leurs données à caractère personnel, des droits :

- d'accès ;
- de rectification ;
- à l'effacement - l'oubli : notamment lorsque les données ne sont plus nécessaires au regard des finalités pour lesquelles elles ont été collectées, ou lorsque votre consentement a été exclusivement requis pour le traitement et que vous le retirez (cas de la prospection commerciale par voie électronique par exemple), ou encore si vous vous opposez au traitement. Toutefois, vous ne disposez pas du droit à l'effacement ou à l'oubli lorsque les données concernées sont obligatoires, indispensables à l'exécution du contrat ;
- de limitation : notamment en cas d'inexactitude des données ou lorsque vous contestez le fondement de l'intérêt légitime de collecte de la donnée ;
- d'opposition au traitement de vos données, dès lors qu'il ne s'agit pas de données obligatoires, indispensables à l'exécution du contrat ;
- d'un droit à la portabilité qui vous permet de demander le transfert des données à caractère personnel que vous nous avez fournies et qui font l'objet d'un traitement automatisé dans le cadre de l'exécution du contrat. Vous pouvez demander un transfert soit directement vers vous, soit vers un responsable de traitement que vous nous aurez indiqué. Ce transfert sera effectué dans un format structuré.

L'ensemble des droits de l'Assuré peuvent être exercés, en justifiant de son identité, par courrier simple à : l'Assureur – Délégué à la Protection des Données – Droit d'accès – 75724 Paris cedex 15.

Après épuisement des procédures internes chez l'Assureur, et en cas de désaccord persistant, la CNIL peut être saisie à partir de son site internet : www.cnil.fr.

► Autorité de contrôle

L'Assureur est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 Place de Budapest - 75436 PARIS Cedex 09.

LES GARANTIES D'ASSISTANCE

1. OBJET

Les garanties d'assistance décrites dans le présent document sont souscrites conformément aux dispositions de l'article L 112-1 du code des assurances par Predica auprès **d'Europ Assistance S.A**, Société Anonyme au capital de 46 926 941 €, entreprise régie par le Code des assurances immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Nanterre sous le numéro 451 366 405, sise 1 promenade de la Bonnette, 92230 GENNEVILLIERS (ci-après désignée « Nous » ou EUROP ASSISTANCE »).

Elles bénéficient aux Assurés du contrat d'assurance de groupe « Complémentaire Santé Collective » (ci-après « le Contrat d'assurance »), entré en vigueur à compter du 1er janvier 2022.

2. CONDITIONS ET MODALITÉS D'APPLICATION DES CONDITIONS D'ASSISTANCE

2.1 Validité et durée des garanties d'assistance

Les garanties d'assistance s'appliquent pendant la période de validité du Contrat d'assurance. Elles cessent de ce fait si ce Contrat d'assurance est résilié.

Elles cessent également en cas de cessation des présentes Conditions d'assistance souscrites par Predica auprès d'Europ Assistance, à la date d'effet de ladite cessation. Dans ce cas, Predica communiquera en temps utile à l'assuré les coordonnées du nouvel assisteur.

2.2 Conditions d'application

Nous intervenons à la condition expresse que l'Evénement qui nous amène à fournir la prestation demeurait incertain au moment de la demande d'assistance et du départ (si déplacement).

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

3. MODALITÉS D'INTERVENTION

En cas d'urgence, ne pouvant Nous substituer aux services de secours, il est nécessaire de les contacter pour tout problème relevant de leur compétence.

Afin de Nous permettre d'intervenir, il Vous est recommandé de :

- préparer Votre appel de manière à ce que Nous puissions Vous identifier (identité, adresse, numéro de Contrat d'assurance) et vous localiser précisément.
- obtenir Notre accord préalable avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense,
- vous conformer aux solutions que Nous préconisons,
- nous fournir tous les justificatifs originaux des dépenses dont le remboursement est demandé.
- Nous nous réservons le droit de Vous demander tout justificatif nécessaire à l'appui de toute demande d'assistance (tels que certificat médical d'arrêt de travail, certificat médical, bulletin d'hospitalisation, etc.).

Les prestations d'assistance sont organisées sous réserve des disponibilités locales.

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

4. DÉFINITIONS

4.1 Définitions des intervenants au contrat

4.1.1 Assuré ou "Vous"

La personne physique ayant la qualité d'Assuré au contrat de groupe « Complémentaire Santé Collective ».

S'ils ont la qualité d'Assuré :

- Le conjoint, le partenaire lié par un PACS ou le concubin du salarié sont dénommés le « Conjoint ».
- Les enfants assurés sont dénommés les « Enfant(s) ».

4.1.2 Bénéficiaire

La(les) personne(s) physique(s) à votre charge, n'ayant pas la qualité d'Assuré au contrat de groupe « Complémentaire Santé Collective », mais pouvant bénéficier de garanties d'assistance des présentes conditions :

4.1.2.1 Conjoint

Désigne l'époux/l'épouse, le(la) partenaire de PACS ou le(la) concubin(e) notoire de l'Assuré, vivant habituellement sous le même toit que l'Assuré.

4.1.2.2 Enfant(s)

Désigne, à la date de l'Evènement, le(s) enfant(s) de moins de 15 ans de l'Assuré, vivant sous son toit et fiscalement à sa charge ; ou quel que soit son âge s'il perçoit une allocation pour adulte handicapé attribuée avant son 21ème anniversaire.

4.1.2.3 Ascendants dépendants à charge

Désigne les parents, beaux-parents et grands-parents dépendants, vivant sous le toit de l'Assuré et fiscalement à sa charge.

La dépendance désigne l'état physique ou psychique qui rend impossible la réalisation de certaines activités de la vie courante sans l'aide d'un tiers, y compris le handicap.

4.1.2.4 Proche

Désigne toute personne membre de la famille ou non, résidant en France et désignée par l'Assuré.

4.2 Définitions des événements faisant l'objet des garanties d'assistance

4.2.1 Accident

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

4.2.2 Affection de longue Durée

Désigne une Maladie reconnue comme Affection de longue durée par l'Assurance Maladie et prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie. Il existe 3 catégories d'Affection de longue durée :

- les affections inscrites sur la liste fixée par l'article D 322-1 du Code de la sécurité sociale ;
- les affections dites « hors-liste » : maladies graves, de forme évolutive ou invalidante, non inscrites sur la liste précédente, comportant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à 6 mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse ;
- les poly-pathologies : lorsque le patient est atteint de plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 mois.

4.2.3 Hospitalisation

Désigne l'admission justifiée par un bulletin d'hospitalisation dans un centre hospitalier (hôpital ou clinique), prescrite par un médecin, consécutive à une Maladie ou à une Blessure. Sont couverts les cas de complications liées à l'accouchement entraînant une prolongation du séjour de la mère en maternité ou une admission dans un autre établissement hospitalier.

4.2.4 Immobilisation au Domicile

Désigne une incapacité (totale ou partielle) physique à se déplacer constatée par un médecin, faisant suite à une Maladie ou à un Accident, et nécessitant le repos au Domicile.

4.2.5 Maladie

Désigne l'état pathologique dûment constaté par un médecin, nécessitant des soins médicaux, faisant l'objet d'une prise en charge de la sécurité sociale.

4.3 Définitions relatives à la territorialité

4.3.1 Déplacement

Désigne tout déplacement en France au-delà d'un rayon de 50 km du Domicile.

4.3.2 Domicile

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

4.3.3 DROM

Désigne la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane, la Réunion, et Mayotte.

4.3.4 Etranger

Désigne le monde entier, à l'exception de la France, des pays exclus à l'article « Exclusions territoriales ».

4.3.5 France

Désigne la France métropolitaine et les DROM.

4.3.6 Transport

Désigne tout déplacement non médicalisé s'effectuant par :

- train 1re classe sauf mention contraire ;
- avion en classe économique ;
- véhicule de location ;
- taxi pour toute distance inférieure à 50 km.

5. TERRITORIALITÉ

5.1 Etendue territoriale

Les garanties s'appliquent en France, à l'exception des garanties « Envoi de médicaments » qui est acquise à l'Etranger et « Téléconsultation » qui est acquise en France et à l'Etranger.

5.2 Dispositions spécifiques aux DROM

Pour les résidents de la Martinique, de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Réunion et Mayotte :

- les prestations « Transfert des Enfants ou des Proches », « Présence hospitalisation » et « Garde des animaux de compagnie » sont effectuées exclusivement au départ et à destination du département de Domicile.
- les prestations d'assistance sont accordées sans franchise kilométrique.

Les autres dispositions sont maintenues.

5.3 Exclusions territoriales

Les prestations d'assistance ne s'appliquent pas dans les pays et territoires suivants : Corée du Nord, Syrie, Crimée, Venezuela, Iran. Sont également exclus les déplacements vers un pays, une région ou une zone vers lesquels les voyages sont formellement déconseillés par les autorités gouvernementales françaises à la date de départ. Consultez le site du Ministère des Affaires étrangères avant votre départ http://www.diplomatie.gouv.fr pour connaître la liste de pays exclus.

5.4 Sanctions internationales

Europ Assistance ne fournira aucune couverture, ne prendra en charge les prestations et ne fournira aucun service décrit dans le présent document si cela peut l'exposer à une sanction, à une interdiction ou à une restriction internationale telle que définie par l'Organisation des Nations Unies, ou l'Union européenne, ou les États-Unis d'Amérique. Plus d'informations disponibles sur https://www.europ-assistance.com/en/who-we-are/international-regulatory-information (en anglais) ou https://www.europ-assistance.com/fr/nous-connaitre/informations-reglementaires-internationale (en français).

A ce titre, et cumulativement avec toute autre exclusion territoriale définie dans le présent document, les prestations ne sont pas fournies dans les pays et territoires suivants : Corée du Nord, Syrie, Crimée, Iran et Venezuela.

6. MODALITÉS D'INTERVENTION

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

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

Les informations suivantes seront demandées :

- Le numéro de Votre contrat ;
- Vos nom et prénom ;
- Votre adresse exacte ;
- Le numéro de téléphone auquel Vous, ou le Bénéficiaire, pouvez être joint.

Pour toute demande d'assistance, Vous devez :

- Nous appeler sans attendre au n° de téléphone
- **09 69 39 12 54** (coût d'appel vers un fixe)
- Ce numéro est accessible 24h/24 et 7j/7.
- Obtenir notre accord préalable avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense,
- Vous conformer aux solutions que Nous préconisons,
- Nous fournir tous les justificatifs originaux des dépenses dont le remboursement est demandé.

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

Pour contacter le service de Téléconsultation, Vous pouvez Nous appeler au n° de téléphone :

- **09 69 39 12 50** (coût d'appel vers un fixe)

Ce numéro est accessible 24h/24 et 7j/7.

7. PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS D'ACCIDENT, MALADIE OU HOSPITALISATION

7.1 Assistance en cas d'Accident ou de Maladie à Domicile

7.1.1 Aide à la recherche d'un médecin

En l'absence de votre médecin traitant, nous vous aidons à trouver un médecin en vous communiquant les numéros de téléphone utiles (médecin de garde ou service d'urgence).

Nous ne pouvons en aucun cas être responsables de l'indisponibilité ou de l'éloignement du Médecin susceptible de se déplacer.

7.1.2 Livraison de médicaments

Lorsqu'un médecin vient de vous prescrire en urgence, par ordonnance, des médicaments, si les médicaments sont immédiatement nécessaires, nous allons les chercher dans une officine de pharmacie proche de votre Domicile (ou pharmacie de garde) et nous vous les apportons, sous réserve de leur disponibilité en pharmacie.

Nous prenons en charge le prix de la course. **Le prix des médicaments reste à votre charge (prise en charge totale ou partielle possible par Votre régime obligatoire et contrat Complémentaire Santé Collective).**

7.1.3 Recherche des coordonnées d'un (e) infirmier/ière

Hors cas d'urgence, si des soins médicaux vous ont été prescrits par un médecin, nous pouvons vous venir en aide, sur simple appel téléphonique.

Nous recherchons et vous communiquons les coordonnées d'un (d'une) ou de plusieurs infirmier/ière (s) proche de votre Domicile, afin qu'il/elle se rende auprès de vous.

Le choix du professionnel de santé vous appartient ; les honoraires, frais de soins ou de déplacement sont à votre charge (prise en charge totale ou partielle possible par Votre régime obligatoire et contrat Complémentaire Santé Collective).

7.1.4 Organisation de Services à Domicile

En cas d'Immobilisation à Votre Domicile, sur demande de Votre part, nous pouvons organiser les services suivants :

- Recherche et organisation de services à la personne
- Réservation de transport (taxi, ambulance, VSL)
- Organisation de la livraison de repas à Domicile.

Les frais de ces prestations restent à la charge de l'Assuré.

7.1.5 Garde à Domicile des Ascendants dépendants à charge

Si Vous êtes dans l'incapacité de vous occuper de vos Ascendants dépendants à charge, Nous organisons et prenons en charge la présence d'une aide familiale (travailleuse familiale ou aide-soignante) pour **un maximum de 20 heures** pour assurer leur garde et les travaux ménagers.

Le service est accessible du lundi au vendredi (hors jours fériés) entre 8 h 00 et 19 h 00, à raison de 2 heures minimum par intervention.

7.2 Assistance en cas d'Accident ou de Maladie lors d'un Déplacement

7.2.1 Transport sanitaire

Si au cours du Déplacement en France, l'Assuré est malade ou blessé et ne peut rentrer par les moyens ou à la date initialement prévus, nous organisons et prenons en charge les frais réels de transport :

- soit vers le Domicile
- soit vers un service hospitalier approprié proche du Domicile

Si l'hospitalisation n'a pas pu se faire dans un établissement proche du Domicile, Nous organisons et prenons en charge, lors l'état de santé le permet, le transport de l'hôpital au Domicile.

Les prestations sont organisées en fonction des seules exigences médicales, sur décision de nos médecins après recueil des informations auprès du médecin local qui Vous a pris en charge à la suite de l'évènement, éventuellement auprès de votre médecin traitant habituel.

Seuls votre situation médicale et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport et le choix du lieu d'Hospitalisation éventuel.

IMPORTANT

La décision finale à mettre en œuvre appartient en dernier ressort à nos médecins, et ce afin d'éviter tous conflits d'autorités médicales.

Par ailleurs, dans le cas où Vous refusez de suivre la décision considérée comme la plus opportune par nos médecins, votre refus nous décharge de toute responsabilité, notamment en cas de retour par vos propres moyens, ou encore en cas d'aggravation de votre état de santé.

Pour les résidents des DROM : retour effectué exclusivement vers le département de Domicile.

7.2.2 Frais de secours sur piste de ski

Nous prenons en charge les frais d'évacuation des pistes de ski, du lieu de l'Accident jusqu'au centre de soins le plus proche, pour un montant **maximum de 460 € TTC**.

Sont exclus l'organisation des secours et les frais de recherche, ainsi que les frais de secours hors-pistes de ski.

Seuls les frais facturés par une société dûment agréée pour ces activités peuvent être remboursés.

7.2.3 Prolongation de séjour

Si vous êtes immobilisé(e) à la suite à d'une Maladie ou d'un Accident survenu lors de votre Déplacement en France et que nos médecins jugent à partir des informations communiquées par les médecins locaux que cette Immobilisation est nécessaire au-delà de votre date initiale de retour, nous prenons en charge les frais d'hébergement de vous-même et d'un accompagnant, pour un montant de **80 € TTC par personne et par nuit (hors frais de restauration), dans la limite de 800 € TTC par personne**.

Notre prise en charge cesse à compter du jour où nos médecins jugent, à partir des informations communiquées par les médecins locaux, que Vous êtes en mesure de reprendre le cours de votre Déplacement interrompu ou de rentrer à votre Domicile.

7.2.4 Envoi de médicaments à l'Etranger

Si Vous êtes en Déplacement à l'Etranger et que vos médicaments, indispensables à la poursuite de votre traitement et dont l'interruption vous fait courir, selon avis de nos médecins, un risque pour votre santé, sont perdus ou volés, nous recherchons des médicaments équivalents sur place, et dans ce cas, organisons une visite médicale avec un médecin local qui pourra vous les prescrire. Les frais médicaux et de médicaments restent à votre charge.

S'il n'existe pas de médicaments équivalents sur place, nous organisons à partir de la France uniquement, l'envoi des médicaments prescrits par votre médecin traitant sous réserve que ce dernier adresse à nos médecins un duplicata de l'ordonnance qu'il vous a remis et que ces médicaments soient disponibles dans les pharmacies de ville.

Nous prenons en charge les frais d'expédition. **Le coût d'achat des médicaments et les éventuels frais de douane restent à votre charge.**

Ces envois sont soumis aux conditions générales des sociétés de transport que nous utilisons. Dans tous les cas, ils sont soumis à la réglementation et aux conditions imposées par la France et les législations nationales de chacun des pays en matière d'importation et d'exportation des médicaments.

Nous dégageons toute responsabilité pour les pertes, vols des médicaments et restrictions réglementaires qui pourraient retarder ou rendre impossible le transport des médicaments, ainsi que pour les conséquences en découlant. Dans tous les cas, sont exclus les envois de produits sanguins et dérivés du sang, les produits réservés à l'usage hospitalier ou les produits nécessitant des conditions particulières de conservation, notamment frigorifiques et de façon plus générale les produits non disponibles en officine de pharmacie en France. Par ailleurs, l'abandon de la fabrication des médicaments, le retrait du marché ou la non-disponibilité en France constituent des cas de force majeure qui peuvent retarder ou rendre impossible l'exécution de la prestation.

7.3 Assistance en cas d'Hospitalisation ambulatoire

7.3.1 Enveloppe de services et d'aide à Domicile

Si au cours de l'année, vous faites face une Hospitalisation ambulatoire (sans nuitée) ayant entraîné une Immobilisation d'au moins 5 jours, Nous organisons et prenons en charge les prestations suivantes **dans la limite d'une enveloppe de 100€ TTC par période annuelle de garantie et d'une Hospitalisation ambulatoire par année**.

Les services et aides à Domicile peuvent être demandés au fur et à mesure des besoins, pendant la durée de l'évènement garanti ouvrant droit à la prestation. Le coût de chaque service utilisé vient en déduction du montant de l'enveloppe disponible. Dès qu'il le souhaite, l'Assuré peut contacter le Service Assistance par téléphone pour connaître le solde encore disponible et obtenir des conseils sur son utilisation.

Le montant maximum de cette enveloppe ne saurait donner droit à un paiement en espèces.

Le montant non utilisé à la fin de la période annuelle de garantie n'est pas reconductible, hors survenance d'un nouvel événement ouvrant droit à prestation.

Lorsque l'Assuré est encore couvert au titre des présentes conditions et a utilisé la totalité du montant de l'enveloppe avant la fin de l'évènement garanti, le Service Assistance peut, à sa demande :

- organiser les services de son choix, parmi les services et aides proposés,
- lui communiquer les coordonnées de prestataires spécialisés dans les domaines de services proposés.

Le coût des services alors proposés reste à la charge de l'Assuré.

7.3.1.1 Aide à Domicile (aide-ménagère, auxiliaire de vie, travailleuse familiale)

Nous organisons l'intervention d'une aide à Domicile :

- Soit par une aide-ménagère (petits travaux ménagers du quotidien tels que repassage, ménage, aide à la préparation des repas etc.)
- Soit par une auxiliaire de vie (soins du quotidien hors soins médicaux)
- Soit par une travailleuse familiale (conseils dans le domaine de l'éducation familiale)

Ces prestations peuvent être fournies du lundi au samedi (hors jours fériés) de 8h à 19h, **minimum de 2h par prestation.**

7.3.1.2 Garde à Domicile des Enfants

Si vous ne pouvez vous occuper de la garde de Vos Enfants, Nous organisons et prenons en charge la présence d'une aide familiale (travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice) pour venir garder vos Enfants à votre Domicile.

Cette prestation peut être fournie du lundi au samedi (hors jours fériés) de 8h à 19h, **minimum de 2h par intervention.**

Sa mission consiste à garder l'Enfant au Domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'Enfant. Pendant ses heures de présence, l'aide familiale pourra accompagner les Enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extrascolaires et retourner les chercher, à condition que le déplacement se fasse sans véhicule.

7.3.1.3 Garde à Domicile de l'Enfant malade ou convalescent

Si Votre Enfant est malade ou convalescent, Nous organisons et prenons en charge la présence d'une aide familiale (travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice) pour venir garder vos Enfants à votre Domicile.

Cette prestation peut être fournie du lundi au samedi (hors jours fériés) de 8h à 19h, **minimum de 2h par intervention.**

Sa mission consiste à garder l'Enfant au Domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'Enfant.

7.3.1.4 Veille ou prise en charge des membres de la famille dépendants

Si aucun Proche n'est disponible sur place, Nous organisons et prenons en charge l'intervention au domicile du membre de Votre famille dépendant (auxiliaire de vie ou personne de compagnie).

Cette prestation peut être fournie du lundi au samedi (hors jours fériés) de 8h à 19h, **minimum de 2h par intervention.**

7.3.1.5 Livraison de repas à Domicile

Nous organisons et prenons en charge la livraison des repas au Domicile de l'Assuré.

Le délai de mise en place est de 4 jours ouvrés maximum à compter de la demande. Ce service n'est pas disponible les samedis, dimanches et jours fériés.

Les repas sont livrés par pack de 5 ou 7 « déjeuners + dîners ».

Le coût des repas n'est pas pris en charge.

Cette prestation est disponible uniquement en France Métropolitaine, hors Corse et DROM.

Dans les zones non desservies ou lorsque le pack de repas n'est pas adapté, nous organisons l'intervention d'une aide à Domicile pour préparer les repas à Votre Domicile dans les conditions précisées à la prestation « Aide à Domicile ».

7.3.1 Enveloppe de transports et autres services

Si au cours de l'année, vous faites face une Hospitalisation ambulatoire (sans nuitée) ayant entraînée une Immobilisation d'au moins 5 jours. Nous organisons et prenons en charge les prestations suivantes **dans la limite d'une enveloppe de 50€ TCC par période annuelle de garantie et d'une Hospitalisation ambulatoire par année.**

Ces prestations peuvent être demandés au fur et à mesure des besoins, pendant la durée de l'évènement garanti ouvrant droit à la prestation. Le coût de chaque service utilisé vient en déduction du montant de l'enveloppe disponible. Dès qu'il le souhaite, l'Assuré peut contacter le Service Assistance par téléphone pour connaître le solde encore disponible et obtenir des conseils sur son utilisation.

Le montant maximum de cette enveloppe ne saurait donner droit à un paiement en espèces.

Le montant non utilisé à la fin de la période annuelle de garantie n'est pas reconductible, hors survenance d'un nouvel événement ouvrant droit à prestation.

Lorsque l'Assuré est encore couvert au titre des présentes conditions et a utilisé la totalité du montant de l'enveloppe avant la fin de l'évènement garanti, le Service Assistance peut, à sa demande :

- organiser les services de son choix, parmi les services et aides proposés,

- lui communiquer les coordonnées de prestataires spécialisés dans les domaines de services proposés.

Le coût des services alors proposés reste à la charge de l'Assuré.

7.3.1.1 Transport de l'Assuré valide

Nous organisons et prenons en charge Votre transport non médicalisé.

7.3.1.2 Préparation du retour au Domicile

Nous organisons et prenons en charge l'intervention d'une aide-ménagère pour effectuer les tâches ménagères, ouvrir les volets, mettre le logement à température et faire des courses.

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

Cette prestation s'effectue sous réserve de la mise à disposition des clés, des codes d'accès du Domicile et des conditions d'accessibilité en toute sécurité.

Nous pouvons organiser le Transport du prestataire pour aller chercher les clés.

Cette prestation peut être fournie du lundi au samedi (hors jours fériés) de 8h à 18h, **minimum de 2h par prestation.**

7.3.1.3 Transfert d'un Proche

Nous organisons et prenons en charge le Transport aller-retour d'un Proche pour venir s'occuper de l'Assuré et/ou ses Enfants au Domicile de l'Assuré.

7.3.1.4 Transfert des Enfants et/ou des membres de la famille dépendants au Domicile d'un Proche

Nous organisons et prenons en charge le Transport des Enfants et/ou des ascendants dépendants à charge au Domicile d'un Proche, ainsi que le Transport aller-retour d'un Proche qui les accompagne.

Si besoin, Nous pouvons missionner un accompagnateur.

7.3.1.5 Conduite en taxi des Enfants à l'école et/ou aux activités extra-scolaires

Si aucun Proche ne peut accompagner le(s) Enfant(s) à l'école et/ou aux activités extra-scolaires, Nous organisons et prenons en charge le Transport des Enfants en taxi aller-retour depuis leur Domicile. Le(s) Enfant(s) sera (seront) obligatoirement accompagné(s) d'un adulte désigné par l'Assuré.

7.3.1.6 Fermeture du Domicile quitté en urgence

Si Vous êtes hospitalisé et que vous avez dû quitter votre Domicile précipitamment, Nous organisons et prenons en charge la venue d'une aide-ménagère afin de fermer le Domicile quitté en urgence (fermeture des accès du Domicile - volets, fenêtres, portes, etc., éteindre les lumières, les appareils électriques en fonctionnement, trier les denrées périssables, étendre le linge resté dans la machine à laver).

Cette prestation s'effectue sous réserve de la mise à disposition des clés, des codes d'accès du Domicile et des conditions d'accessibilité en toute sécurité.

Nous pouvons organiser le Transport du prestataire pour aller chercher les clés.

Cette prestation peut être fournie du lundi au samedi (hors jours fériés) de 8h à 18h, **minimum de 2h par intervention.**

7.3.1.7 Assistance aux Animaux de compagnie (chien ou chat)

Nous organisons et prenons en charge le Transport aller-retour d'un Proche afin de récupérer l'Animal au Domicile de l'Assuré.

Si aucun Proche n'est en mesure de s'occuper des Animaux de compagnie, Nous organisons et prenons en charge la garde de l'Animal par un prestataire, frais de nourriture compris.

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

Sont exclus :

- **Les chiens de catégories 1 et 2 (article L211-12 du Code rural et de la pêche maritime) ;**
- **Les frais de cage.**

7.3.1.8 Livraison de courses au Domicile

Nous organisons et prenons en charge la livraison de courses à Votre Domicile.

Le prestataire se rend à votre Domicile et prend possession de la liste de courses. Il fait les courses dans un lieu d'achat choisi dans un rayon de 15 kilomètres et livre ou fait livrer les courses à Votre Domicile.

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

7.4 Assistance en cas d'Hospitalisation imprévue d'au moins 24 heures (hors Déplacement)

7.4.1 Transfert à l'hôpital et retour au Domicile

Si votre état de santé nécessite une Hospitalisation, sur prescription médicale, Nous organisons et prenons en charge votre transport par ambulance de votre Domicile vers l'hôpital le plus proche ou vers un hôpital de votre choix situé dans un rayon de 50 km maximum.

À l'issue de l'hospitalisation, si vous n'êtes pas en état de vous déplacer dans des conditions normales, Nous organisons et prenons en charge votre transport retour de l'hôpital à votre Domicile (dans un rayon de 50 km du Domicile).

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

7.4.2 Aide-ménagère

Nous organisons la mise à disposition d'une aide-ménagère pour effectuer les travaux ménagers à votre Domicile (repassage, ménage, préparation des repas, etc.).

Nous prenons en charge le coût de l'aide-ménagère **jusqu'à concurrence de 9 heures de travail, pouvant être réparties sur 3 semaines (minimum de 3 heures par intervention)**. Cette prestation peut être fournie du lundi au vendredi (hors jours fériés) entre 8h et 19h.

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

7.4.3 Assistance aux Enfants et aux petits-enfants de moins de 15 ans

Les prestations suivantes sont proposées pendant l'Hospitalisation ou à la suite immédiate de l'Hospitalisation.

7.4.3.1 Garde des Enfants ou petits-enfants de moins de 15 ans au Domicile

Nous organisons et prenons en charge la présence d'une aide familiale (travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide-soignante) pour venir garder vos Enfants, ou petits-enfants à charge de moins de 15 ans, à votre Domicile, pour **une durée maximum de 24 heures** par Hospitalisation. Chaque prestation dure **au minimum 4 heures** et peut être fournie du lundi au samedi (hors jours fériés) entre 8h et 19h.

Sa mission consiste à garder l'Enfant au Domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'Enfant.

Cette garantie n'est pas cumulable avec la prestation « Accompagnement des Enfants chez un Proche ou présence d'un Proche au Domicile ».

7.4.3.2 Conduite des Enfants à l'école

Si aucun Proche n'est disponible, nous organisons et prenons en charge la présence d'une aide familiale pour accompagner les enfants à la crèche ou à l'école et retourner les chercher.

Cette prestation est proposée du lundi au samedi (hors jours fériés) de 8h à 19h, **pendant 5 jours consécutifs et dure au minimum 2 heures par jour**.

7.4.3.3 Conduite en taxi des Enfants à leurs activités extra-scolaires

Nous organisons et prenons en charge les frais de taxi pour un montant forfaitaire de **77 € TTC par hospitalisation**, pour accompagner les Enfants à leurs activités extra-scolaires (musique, sport…).

La garde d'Enfants ou tout autre adulte désigné par les parents, accompagnera l'Enfant dans le cadre de ses heures de garde.

7.4.3.4 Accompagnement des Enfants chez un Proche ou présence d'un Proche au Domicile

Nous organisons et prenons en charge :

- L'accompagnement des Enfants chez un Proche : voyage aller-retour en train 1re classe ou avion classe économique, depuis son Domicile, d'une personne désignée par Vos soins, ou d'une de nos hôtesses, pour venir chercher, à Votre Domicile, vos Enfants lorsqu'ils sont à votre charge et les conduire au Domicile d'un Proche.

(prise en charge du voyage aller-retour des Enfants ainsi que celui d'un accompagnant)

Ou

- La présence d'un Proche au Domicile : voyage aller-retour en train 1re classe ou avion classe économique, depuis son Domicile, d'une personne désignée par Vos soins, afin qu'elle vienne à Votre Domicile pour effectuer la garde des Enfants.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Garde des Enfants au Domicile ».

7.4.4 Garde à Domicile des Ascendants dépendants à charge

Nous organisons et prenons en charge la présence d'une aide familiale (travailleuse familiale ou aide-soignante) **pour un maximum de 5 jours** pour venir aider votre Ascendant dans les actes de vie quotidienne.

Le service est accessible du lundi au samedi (hors jours fériés) entre 8h et 19h, **à raison de 2 heures minimum par intervention.**

7.4.5 Présence d'un Proche à votre chevet

Nous organisons et prenons en charge le voyage aller-retour en train 1re classe ou avion classe économique d'un Proche désigné par Vos soins depuis son Domicile afin qu'il se rende à Votre chevet.

Dans le cas où cette personne ne peut être hébergée à Votre Domicile, nous organisons et prenons en charge ses frais **d'hôtel jusqu'à 80 € TTC par nuit avec un maximum de 2 nuits (frais de restauration exclus).**

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

Nous organisons et prenons en charge :

- La garde en pension complète de vos animaux de compagnie chez un professionnel, jusqu'à concurrence de **230 € TTC maximum** par période d'Hospitalisation

OU

- Leur transport chez un Proche dans un rayon maximum de 100kms de votre Domicile.

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

Sont exclus :

- **Les chiens de catégories 1 et 2 (article L211-12 du Code rural et de la pêche maritime) ;**
- **Les frais de cage.**

7.4.7 Aide dans la vie quotidienne – Garde des Enfants habituellement gardés par un ascendant

Nous organisons et prenons en charge une garde des Enfants de l'Assuré en cas d'Hospitalisation d'au moins 24 h de l'ascendant habituellement chargé de leur garde, et si aucun Proche ne peut s'occuper d'eux.

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

7.5 Assistance en cas d'Hospitalisation prévue d'au moins 5 jours

7.5.1 Transfert à l'hôpital et retour au Domicile

Si votre état de santé nécessite une Hospitalisation programmée d'au moins 5 jours, sur prescription médicale, Nous organisons et prenons en charge votre transport par ambulance de votre Domicile vers l'hôpital le plus proche ou vers un hôpital de votre choix situé dans un rayon de 50 km maximum.

À l'issue de l'hospitalisation, si vous n'êtes pas en état de vous déplacer dans des conditions normales, Nous organisons et prenons en charge votre transport retour de l'hôpital à votre Domicile (dans un rayon de 50 km du Domicile).

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

7.5.2 Aide-ménagère

Nous organisons la mise à disposition d'une aide-ménagère pour effectuer les travaux ménagers à votre Domicile (repassage, ménage, préparation des repas, etc.).

Nous prenons en charge le coût de l'aide-ménagère **jusqu'à concurrence de 9 heures de travail, pouvant être réparties sur 3 semaines (minimum de 3 heures par intervention)**. Cette prestation peut être fournie du lundi au vendredi (hors jours fériés) entre 8h et 19h.

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

7.5.3 Assistance aux Enfants et aux petits-enfants de moins de 15 ans

Les prestations suivantes sont proposées pendant l'Hospitalisation ou à la suite immédiate de l'Hospitalisation.

7.5.3.1 Garde des Enfants au Domicile

Nous organisons et prenons en charge la présence d'une aide familiale (travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide-soignante) pour venir garder vos Enfants, ou petits-enfants à charge de moins de 15 ans, à votre Domicile, pour **une durée maximum de 24 heures** par Hospitalisation. Chaque prestation dure **au minimum 4 heures** et peut être fournie du lundi au samedi (hors jours fériés) entre 8h et 19h.

Sa mission consiste à garder l'Enfant au Domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'Enfant.

Cette garantie n'est pas cumulable avec la prestation « Accompagnement des Enfants chez un Proche ou présence d'un Proche au Domicile ».

7.5.3.2 Conduite des Enfants à l'école

Si aucun Proche n'est disponible, nous organisons et prenons en charge la présence d'une aide familiale pour accompagner les enfants à la crèche ou à l'école et retourner les chercher.

Cette prestation est proposée du lundi au samedi (hors jours fériés) de 8h à 19h, **pendant 5 jours consécutifs et dure au minimum 2 heures par jour**.

7.5.3.3 Conduite en taxi des Enfants à leurs activités extra-scolaires

Nous organisons et prenons en charge les frais de taxi pour un montant forfaitaire de **77 € TTC** par hospitalisation, pour accompagner les Enfants à leurs activités extra-scolaires (musique, sport…).

La garde d'Enfants ou tout autre adulte désigné par les parents, accompagnera l'Enfant dans le cadre de ses heures de garde.

7.5.3.4 Accompagnement des Enfants chez un Proche ou présence d'un Proche au Domicile

Nous organisons et prenons en charge :

- L'accompagnement des Enfants chez un Proche : voyage aller-retour en train 1re classe ou avion classe économique, depuis son Domicile, d'une personne désignée par Vos soins, ou d'une de nos hôtesses, pour venir chercher, à Votre Domicile, vos Enfants lorsqu'ils sont à votre charge et les conduire au Domicile d'un Proche.

(prise en charge du voyage aller-retour des Enfants ainsi que celui d'un accompagnant)

Ou

La présence d'un Proche au Domicile : voyage aller-retour en train 1re classe ou avion classe économique, depuis son Domicile, d'une personne désignée par Vos soins, afin qu'elle vienne à Votre Domicile pour effectuer la garde des Enfants

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Garde des Enfants au Domicile ».

7.5.4 Garde à Domicile des Ascendants dépendants à charge

Nous organisons et prenons en charge la présence d'une aide familiale (travailleuse familiale ou aide-soignante) pour un **maximum de 5 jours** pour venir aider votre Ascendant dans les actes de vie quotidienne.

Le service est accessible du lundi au samedi (hors jours fériés) entre 8h et 19h, à raison de **2 heures minimum par intervention**.

7.5.5 Présence d'un Proche à votre chevet

Nous organisons et prenons en charge le voyage aller-retour en train 1re classe ou avion classe économique d'un Proche désigné par Vos soins depuis son Domicile afin qu'il se rende à Votre chevet.

Dans le cas où cette personne ne peut être hébergée à Votre Domicile, nous organisons et prenons en charge ses frais d'hôtel jusqu'à **80 € TTC par nuit avec un maximum de 2 nuits (frais de restauration exclus).**

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

Nous organisons et prenons en charge :

- La garde en pension complète de vos animaux de compagnie chez un professionnel, jusqu'à concurrence de **230 € TTC** maximum par période d'Hospitalisation

ou

- Leur transport chez un Proche dans un rayon maximum de 100kms de votre Domicile.

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

Sont exclus :

- **Les chiens de catégories 1 et 2 (article L211-12 du Code rural et de la pêche maritime) ;**
- **Les frais de cage**.

7.5.7 Aide dans la vie quotidienne – Garde des Enfants habituellement gardés par un ascendant

Nous organisons et prenons en charge une garde des Enfants de l'Assuré en cas d'Hospitalisation d'au moins 5 jours de l'ascendant habituellement chargé de leur garde, et si aucun Proche ne peut s'occuper d'eux.

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

8. PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS D'AFFECTION DE LONGUE DURÉE

8.1 Assistance en cas d'Affection de longue durée

La prise en charge des prestations d'assistance en cas d'Affection de longue durée est limitée à une fois par assuré et par période annuelle de garantie.

8.1.1 Evaluation des besoins et recommandations

Sur simple appel téléphonique, Nous analysons Votre situation médico-sociale et socio-économique et évaluons avec Vous Vos besoins. Nous pouvons ainsi Vous proposer les solutions d'aide et de services adaptées ainsi que les moyens de les mettre en œuvre et de les financer soit au titre de l'enveloppe de services (aide à Domicile, transport et autres services) proposée, soit en mobilisant d'autres sources de financement.

Vous restez seul juge des prestations que Vous souhaitez utiliser.

Nous ne pourrons être tenus responsables dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des recommandations faites.

8.1.2 Enveloppe de services et d'aide à Domicile

Si au cours de l'année, vous faites face à l'un des événements suivants du fait de votre Affection de longue durée :

- Immobilisation d'au moins 5 jours à Domicile
- Ou Hospitalisation imprévue de plus de 24 heures
- Ou Hospitalisation prévue de plus de 5 jours

Nous organisons et prenons en charge les prestations suivantes dans la limite d'une enveloppe de **1500€ TTC** par période annuelle de garantie.

Le délai pour la mise en place des prestations est d'une demi-journée ouvrée à compter de la demande. Les services et aides à Domicile peuvent être demandés au fur et à mesure des besoins, pendant la durée de l'évènement garanti ouvrant droit à la prestation. Le coût de chaque service utilisé vient en déduction du montant de l'enveloppe disponible. Dès qu'il le souhaite, l'Assuré peut contacter le Service Assistance par téléphone pour connaître le solde encore disponible et obtenir des conseils sur son utilisation.

Le montant maximum de cette enveloppe ne saurait donner droit à un paiement en espèces.

Le montant non utilisé à la fin de la période annuelle de garantie n'est pas reconductible, hors survenance d'un nouvel événement ouvrant droit à prestation.

Lorsque l'Assuré est encore couvert au titre des présentes conditions et a utilisé la totalité du montant de l'enveloppe avant la fin de l'évènement garanti, le Service Assistance peut, à sa demande :

- organiser les services de son choix, parmi les services et aides proposés,
- lui communiquer les coordonnées de prestataires spécialisés dans les domaines de services proposés.

Le coût des services alors proposés reste à la charge de l'Assuré.

8.1.2.1 Aide à Domicile (aide-ménagère, auxiliaire de vie, travailleuse familiale)

Nous organisons l'intervention d'une aide à Domicile :

- Soit par une aide-ménagère (petits travaux ménagers du quotidien tels que repassage, ménage, aide à la préparation des repas etc.)
- Soit par une auxiliaire de vie (soins du quotidien hors soins médicaux)
- Soit par une travailleuse familiale (conseils dans le domaine de l'éducation familiale)

Ces prestations peuvent être fournies du lundi au samedi (hors jours fériés) de 8h à 19h, **minimum de 2h par prestation**.

8.1.2.2 Garde à Domicile des Enfants ou petits-enfants de moins de 15 ans

Si vous ne pouvez vous occuper de la garde de Vos Enfants, ou petits-enfants à charge de moins de 15 ans, Nous organisons et prenons en charge la présence d'une aide familiale (travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice) pour venir garder vos Enfants ou petits-enfants à votre Domicile.

Cette prestation peut être fournie du lundi au samedi (hors jours fériés) de 8h à 19h, **minimum de 2h par intervention**.

Sa mission consiste à garder l'Enfant, ou le petit-enfant de moins de 15 ans, au Domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'Enfant. Pendant ses heures de présence, l'aide familiale pourra accompagner les Enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extrascolaires et retourner les chercher, à condition que le déplacement se fasse sans véhicule.

8.1.2.3 Garde à Domicile de l'Enfant malade ou convalescent

Si Votre Enfant est malade ou convalescent, Nous organisons et prenons en charge la présence d'une aide familiale (travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice) pour venir garder vos Enfants à votre Domicile.

Cette prestation peut être fournie du lundi au samedi (hors jours fériés) de 8h à 19h, **minimum de 2h par intervention**.

Sa mission consiste à garder l'Enfant au Domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'Enfant.

8.1.2.4 Veille ou prise en charge des membres de la famille dépendants

Si aucun Proche n'est disponible sur place, Nous organisons et prenons en charge l'intervention au domicile du membre de Votre famille dépendant (auxiliaire de vie ou personne de compagnie).

Cette prestation peut être fournie du lundi au samedi (hors jours fériés) de 8h à 19h, **minimum de 2h par intervention**.

8.1.2.5 Livraison de repas à Domicile

Nous organisons et prenons en charge la livraison des repas au Domicile de l'Assuré.

Le délai de mise en place est de 4 jours ouvrés maximum à compter de la demande. Ce service n'est pas disponible les samedis, dimanches et jours fériés.

Les repas sont livrés par pack de 5 ou 7 « déjeuners + dîners ».

Le coût des repas n'est pas pris en charge.

Cette prestation est disponible uniquement en France Métropolitaine, hors Corse et DROM.

Dans les zones non desservies ou lorsque le pack de repas n'est pas adapté, nous organisons l'intervention d'une aide à Domicile pour préparer les repas à Votre Domicile dans les conditions précisées à la prestation « Aide à Domicile ».

8.1.2.6 Personnel « bien-être »

Nous prenons en charge sur facture les services suivants : coiffure, esthétique ou prothésiste capillaire.

8.1.3 Enveloppe de transports et autres services

Si au cours de l'année, vous faites face à l'un des événements suivants du fait de votre Affection de longue durée :

- Immobilisation d'au moins 5 jours à Domicile
- Ou Hospitalisation imprévue de plus de 24 heures
- Ou Hospitalisation prévue de plus de 5 jours

Nous organisons et prenons en charge les prestations suivantes dans la limite d'une enveloppe de **1500€ TTC** par période annuelle de garantie.

Ces prestations peuvent être demandées au fur et à mesure des besoins, pendant la durée de l'évènement garanti ouvrant droit à la prestation. Le coût de chaque service utilisé vient en déduction du montant de l'enveloppe disponible. Dès qu'il le souhaite, l'Assuré peut contacter le Service Assistance par téléphone pour connaître le solde encore disponible et obtenir des conseils sur son utilisation.

Le montant maximum de cette enveloppe ne saurait donner droit à un paiement en espèces.

Le montant non utilisé à la fin de la période annuelle de garantie n'est pas reconductible, hors survenance d'un nouvel événement ouvrant droit à prestation.

Lorsque l'Assuré est encore couvert au titre des présentes conditions et a utilisé la totalité du montant de l'enveloppe avant la fin de l'évènement garanti, le Service Assistance peut, à sa demande :

- organiser les services de son choix, parmi les services et aides proposés,
- lui communiquer les coordonnées de prestataires spécialisés dans les domaines de services proposés.

Le coût des services alors proposés reste à la charge de l'Assuré.

8.1.3.1 Transport de l'Assuré valide

Nous organisons et prenons en charge Votre transport non médicalisé.

8.1.3.2 Préparation du retour au Domicile

Nous organisons et prenons en charge l'intervention d'une aide-ménagère pour effectuer les tâches ménagères, ouvrir les volets, mettre le logement à température et faire des courses.

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

Cette prestation s'effectue sous réserve de la mise à disposition des clés, des codes d'accès du Domicile et des conditions d'accessibilité en toute sécurité.

Nous pouvons organiser le Transport du prestataire pour aller chercher les clés.
Cette prestation peut être fournie du lundi au samedi (hors jours fériés) de 8h à 18h, **minimum de 2h par prestation.**

8.1.3.3 Transfert d'un Proche

Nous organisons et prenons en charge le Transport aller-retour d'un Proche pour venir s'occuper de l'Assuré et/ou ses Enfants au Domicile de l'Assuré.

8.1.3.4 Transfert des Enfants et/ou des membres de la famille dépendants au Domicile d'un Proche

Nous organisons et prenons en charge le Transport des Enfants et/ou des ascendants dépendants à charge au Domicile d'un Proche, ainsi que le Transport aller-retour d'un Proche qui les accompagne.

Si besoin, Nous pouvons missionner un accompagnateur.

8.1.3.5 Conduite en taxi des Enfants à l'école et/ou aux activités extra-scolaires

Si aucun Proche ne peut accompagner le(s) Enfant(s) à l'école et/ou aux activités extra-scolaires, Nous organisons et prenons en charge le Transport des Enfants en taxi aller-retour depuis leur Domicile. Le(s) Enfant(s) sera (seront) obligatoirement accompagné(s) d'un adulte désigné par l'Assuré.

8.1.3.6 Fermeture du Domicile quitté en urgence

Si Vous êtes hospitalisé et que vous avez dû quitter votre Domicile précipitamment, Nous organisons et prenons en charge la venue d'une aide-ménagère afin de fermer le Domicile quitté en urgence (fermeture des accès du Domicile - volets, fenêtres, portes, etc., éteindre les lumières, les appareils électriques en fonctionnement, trier les denrées périssables, étendre le linge resté dans la machine à laver).

Cette prestation s'effectue sous réserve de la mise à disposition des clés, des codes d'accès du Domicile et des conditions d'accessibilité en toute sécurité.

Nous pouvons organiser le Transport du prestataire pour aller chercher les clés.

Cette prestation peut être fournie du lundi au samedi (hors jours fériés) de 8h à 18h, **minimum de 2h par intervention.**

8.1.3.7 Assistance aux Animaux de compagnie (chien ou chat)

Nous organisons et prenons en charge le Transport aller-retour d'un Proche afin de récupérer l'Animal au Domicile de l'Assuré.

Si aucun Proche n'est en mesure de s'occuper des Animaux de compagnie, Nous organisons et prenons en charge la garde de l'Animal par un prestataire, frais de nourriture compris.

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

Sont exclus :

- **Les chiens de catégories 1 et 2 (article L211-12 du Code rural et de la pêche maritime) ;**
- **Les frais de cage.**

8.1.3.8 Livraison de courses au Domicile

Nous organisons et prenons en charge la livraison de courses à Votre Domicile.

Le prestataire se rend à votre Domicile et prend possession de la liste de courses. Il fait les courses dans un lieu d'achat choisi dans un rayon de 15 kilomètres et livre ou fait livrer les courses à Votre Domicile.

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

8.1.4 Livraison de médicaments

Lorsqu'un médecin vient de vous prescrire en urgence, par ordonnance, des médicaments, si les médicaments sont immédiatement nécessaires, nous allons les chercher dans une officine de pharmacie proche de votre Domicile (ou pharmacie de garde) et nous vous les apportons, sous réserve de leur disponibilité en pharmacie.

Nous prenons en charge le prix de la course dans la limite de **100 € TTC**. **Le prix des médicaments reste à votre charge. Les médicaments doivent avoir été prescrits au maximum 24 heures avant la demande d'assistance.**

8.1.5 Livraison et installation du matériel médical

Lorsque votre médecin traitant vous prescrit du matériel médical, Nous organisons la livraison et l'installation de ce matériel.

Nous prenons en charge ces frais de livraison et installation pour un montant maximum de **100€ TTC**.

Avant toute livraison et mise à disposition de matériel médical, la demande, formulée par téléphone, doit être confirmée par courrier, télécopie ou e-mail.

Le coût d'achat ou de la location du matériel médical reste à la charge de l'Assuré.

8.1.6 Assistance aux devoirs

Nous organisons et prenons en charge l'intervention d'un prestataire enseignant pour aider Votre Enfant à faire ses devoirs.

L'assistance aux devoirs est proposée pour l'enseignement primaire et secondaire, via une classe virtuelle sur internet ou par téléphone et/ou par échange de messages électroniques.

Nous prenons en charge jusqu'à 80 appels maximum.

8.1.7 Accompagnement psychologique

Nous organisons et prenons en charge un accompagnement psychologique Vous permettant de contacter par téléphone des psychologues cliniciens.

Une première évaluation par un psychologue clinicien est rendue par téléphone au cours de 3 entretiens maximum. Les psychologues interviennent dans le strict respect du code de déontologie applicable à la profession de psychologue et ne s'autoriseront en aucun cas à débuter une psychothérapie par téléphone.

A l'issue de cette évaluation, si la situation nécessite une prise en charge thérapeutique, le psychologue clinicien Vous oriente pour des consultations en face à face ou par téléphone, près de Votre Domicile, avec un psychologue diplômé d'état. Le choix du praticien Vous appartient.

Nous assurons l'organisation et la prise en charge de ces consultations dans les conditions et limites suivantes :

- **3 (trois) entretiens par téléphone** ;
- et/ou remboursement de **12 (douze) séances maximums de consultation en cabinet (80€ maximum par consultation).**

8.2 Complément pour un Enfant atteint d'une Affection de longue durée : Aide pédagogique de l'Enfant

Si l'Assuré atteint d'une Affection de longue durée est un Enfant et que cette Affection entraîne une absence scolaire, Nous organisons et prenons en charge l'intervention au Domicile d'un prestataire pour assurer une aide pédagogique à l'Enfant.

L'aide pédagogique est proposée pour l'enseignement primaire et secondaire.

Elle est dispensée pendant les jours normalement scolarisés, sauf le samedi, **par tranches de 3 heures de cours au minimum** dans la journée par matière ou par répétiteur scolaire, **maximum 15 heures par semaine**.

Elle cesse dès que l'Enfant a repris les cours normalement ou à la fin de l'année scolaire en cours.

Sous réserve de l'accord exprès de l'établissement de soins, l'aide pédagogique peut également être fournie en cas d'Hospitalisation de l'Enfant du fait de son Affection de longue durée.

Le délai pour la mise en œuvre de cette prestation est de 2 (deux) jours ouvrés minimum à compter de la demande.

8.3 Accompagnement à l'insertion ou la réinsertion dans le monde professionnel

8.3.1 Service d'informations juridiques, administratives et pratiques sur l'emploi et la vie professionnelle

Nous nous efforçons de rechercher les informations et renseignements à caractère documentaire destinés à orienter les démarches de l'Assuré atteint d'une Affection longue durée dans le domaine professionnel.

Il ne peut en aucun cas s'agir de consultations juridiques.

Selon les cas, Nous orienterons l'Assuré vers les organismes ou les professionnels susceptibles de lui répondre.

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

Les thèmes suivants peuvent être adressés pour l'Assuré :

- Démarches à entreprendre en cas de chômage
- Informations sur le marché du travail, les différents secteurs d'activités
- Informations sur le droit du travail, les dispositifs de formations
- Les organismes et adresses utiles à la recherche d'emploi
- Les aides financières possibles selon les besoins et la situation de l'Assuré

8.3.2 Entretien d'orientation

Le service, réalisé par nos conseillères sociales, a pour objectif de vous aider à choisir la prise en charge la mieux adaptée à votre situation et à préparer la mise en place de la prestation :

- Aide au retour à l'emploi

Ou

- Accompagnement à la création ou reprise d'entreprise ou à la reconversion professionnelle

8.3.3 Aide au retour à l'emploi

Afin de permettre à l'Assuré de reprendre une activité professionnelle, Nous l'accompagnons dans sa démarche de recherche d'emploi.

Sur simple appel de la part de l'Assuré, un rendez-vous est fixé avec un consultant en ressources humaines, spécialisé dans l'accompagnement individuel. L'objectif est de bâtir un plan d'actions qui sera construit par l'Assuré au cours de **3 entretiens téléphoniques** avec un consultant spécialisé.

Le service se déroule en 3 étapes **sans que la durée de la garantie excède douze (12) mois à compter de la demande initiale**.

- 1er entretien téléphonique avec un consultant : Bilan de carrière, analyse du parcours professionnel et projet professionnel (aptitudes, situation et aspirations).
- 2e entretien téléphonique avec un consultant : Outils et techniques de recherche d'emploi, conseils sur la rédaction du CV, lettre de motivation, informations sur les formations possibles.
- 3e entretien téléphonique avec un consultant : Prospection et suivi des entretiens professionnels, bilan des entretiens effectués, conseils pour la poursuite des entretiens.

La présente prestation consiste en un accompagnement, un soutien, une orientation mais ne garantit pas à l'Assuré le retour à l'emploi. Cette assistance ne se substitue pas aux prestations des organismes, institutions, administrations et associations publics, paritaires ou privés.

En aucun cas, elle n'intègre une démarche d'accompagnement administrative pour aider l'Assuré à faire valoir ses droits auprès d'organismes de toute nature.

En outre, Notre responsabilité ne pourra en aucun cas être engagée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou d'une interprétation inexacte, par l'Assuré, du ou des renseignement(s) communiqué(s).

Dans tous les cas, ces informations constituent des renseignements à caractère documentaire.

Il ne peut en aucun cas s'agir de consultations juridiques.

Selon les cas, et pour compléter l'information donnée, EUROP ASSISTANCE pourra orienter l'Assuré vers les organismes professionnels susceptibles de lui répondre.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Accompagnement à la création ou reprise d'entreprise ou à la reconversion professionnelle ».

8.4 Accompagnement à la création ou reprise d'entreprise ou à la reconversion professionnelle

Nous accompagnons l'Assuré dans sa démarche de reprise ou de création d'entreprise.

Sur appel de la part de l'Assuré, un rendez-vous fixé avec un consultant spécialisé pour accompagner l'Assuré dans les démarches à réaliser et les différents aspects d'un projet de création ou de reprise d'entreprise et lui proposer un accompagnement, **maximum de 10 heures d'entretiens à distance** auprès d'un consultant spécialisé.
En aucun cas, Nous ne pouvons Nous substituer à l'Assuré pour créer ou reprendre une entreprise.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Aide au retour à l'emploi ».

8.5 Entretiens de suivi

Si l'Assuré a un besoin de suivi dans son projet de retour à l'emploi ou de reprise ou de création d'entreprise, Nous organisons des entretiens de suivi permettant d'évaluer l'évolution du projet et d'apporter tout complément d'information.

Les entretiens de suivi sont accessibles dans les 12 mois qui suivent la réalisation des prestations « Aide au retour à l'emploi » ou « Accompagnement à la création ou reprise d'entreprise ou à la reconversion professionnelle ».

9. PRESTATIONS D'ASSISTANCE AUX ASSURÉS AIDANTS

Les prestations suivantes sont proposées aux Assurés en situation d'aidant, c'est-à-dire venant en aide à un membre de leur famille en perte d'autonomie ou handicapé pour les activités de la vie quotidienne. L'aide fournie peut être permanente ou non, être assurée au Domicile de l'Assuré ou au Domicile du membre de la famille. Cette aide est fournie à titre non rémunéré.

Les membres de la famille aidés peuvent être :

- le Conjoint de l'Assuré ;
- l'Enfant de l'Assuré ;
- les parents, beaux-parents ou grands-parents de l'Assuré.

9.1 Bilan aidant

Sur simple appel téléphonique de l'Assuré, nos conseillères sociales réaliseront, par téléphone, un bilan complet de sa situation et de son environnement.

Nos conseillères sociales proposeront une analyse des réponses et la remise d'une restitution écrite en vue d'éclairer l'Assuré sur sa situation d'aidant.

Cette restitution comportera également un plan d'action relatif aux services d'aide à domicile pouvant être mises en œuvre au domicile de son proche aidé. L'Assuré pourra, alors, être mise en relation avec des prestataires de proximité.

Il pourra à tout moment appeler nos conseillères sociales pour obtenir une information supplémentaire sur le bilan ou sur le plan d'actions.

Les éléments découlant de ce bilan constituent des recommandations dont la mise en œuvre relève de la volonté de l'Assuré. Elles ne constituent en aucun cas une contrainte ou une obligation.

Nous recommandons vivement à l'Assuré de considérer ce bilan comme un outil de compréhension et de le partager avec son proche aidé et les équipes médicales et paramédicales impliquées dans son suivi.

9.2 Prévention aidant

9.2.1 Conseil social aidant

Notre service accompagnement social a pour vocation d'apporter, par téléphone, une assistance technique à l'Assuré s'il rencontre des difficultés d'ordre familial, professionnel, administratif ou budgétaire.

Sur appel téléphonique de l'Assuré, le rôle de nos assistantes sociales est de :

- écouter,
- analyser la demande,
- informer, orienter,
- conseiller, faciliter les démarches administratives,
- aider à la résolution des difficultés exposées.

Nous nous engageons à respecter une totale confidentialité des conversations tenues lors de ces prestations d'assistance par téléphone.

Si une réponse ne peut être apportée immédiatement, nous effectuons les recherches nécessaires et rappelons dans les meilleurs délais.

Selon les cas, nous vous orienterons vers les catégories d'organismes ou de professionnels susceptibles de vous répondre.

Nos assistantes sociales peuvent notamment Vous accompagner dans Vos démarches administratives et sociales relatives au statut d'aidant. A ce titre, elles :

- interviennent en soutien et suivi de la personne aidée
- coordonnent et mettent en œuvre les prestations sociales entre les personnes et les organismes sollicités. Cette coordination peut s'inscrire dans la durée (moyen, long terme) si elle concerne des situations sociales complexes.
- accompagnent dans la constitution des dossiers administratifs.

9.2.2 Programme de prévention santé

Le rôle d'aidant pouvant avoir des impacts forts sur la santé, Nous pouvons accompagner l'Assuré dans un programme de prévention santé sur les thématiques suivantes :

- Gestion du stress, de la qualité du sommeil ;
- Conseils en nutrition ;
- Conseils pour le maintien d'une activité physique adaptée.

Ce programme est réalisé par téléphone au cours de **5 entretiens sur une durée de 12 semaines** :

- Bilan initial : le professionnel de santé effectue avec Vous un bilan de votre situation, de votre problématique, de vos besoins et de votre motivation afin de déterminer avec Vous un premier objectif. A l'issue de cet entretien, le professionnel de santé fixe avec Vous le prochain rendez-vous.
- 3 entretiens de suivi : sur rendez-vous, le professionnel de santé vous appelle pour faire avec Vous le bilan des semaines écoulées depuis le précédent entretien. Il Vous aide à identifier les premiers bénéfices ressentis, les difficultés que Vous pouvez rencontrer. Il définit avec Vous l'objectif à atteindre pour le rendez-Vous suivant. A l'issue de chaque entretien, le professionnel de santé fixe avec Vous le prochain rendez-vous.
- Entretien de bilan : le professionnel de santé fait avec Vous le point sur l'atteinte de vos objectifs, votre ressenti et votre évolution et Vous indique comment ancrer le changement dans votre quotidien. Il Vous conseille et Vous oriente pour ancrer les bonnes pratiques.

9.2.3 Soutien psychologique

Lorsque l'Assuré est confronté à une situation difficile dans son rôle d'aidant, qui l'affecte psychologiquement et qu'il souhaite être accompagné pour mieux la surmonter, nous mettons à sa disposition un service Ecoute et Accueil Psychologique lui permettant de contacter par téléphone des psychologues cliniciens.

L'entretien téléphonique, mené par un professionnel qui gardera une écoute neutre et attentive, permettra à l'Assuré de se confier et de clarifier la situation à laquelle il est confronté à la suite de cet événement.

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

Nous assurons l'organisation et la prise en charge **d'1 entretien téléphonique par année d'assurance**.

9.2.4 Formation de l'Assuré aidant

A la demande de l'Assuré, nous organisons et prenons en charge l'intervention d'une infirmière ou d'une auxiliaire de vie à hauteur de **2 heures par année d'assurance**, au Domicile de l'Assuré ou du membre de sa famille aidé.

Son intervention consistera à donner des informations et une démonstration des gestes appropriés pour sécuriser sa capacité à prendre en charge le membre de sa famille aidé dans les actes de la vie courante.

9.3 Services d'assistance en cas d'événement garanti

9.3.1 En cas d'Hospitalisation de l'Assuré

Si Vous faites face à l'un des événements suivants et que Vous êtes dans l'incapacité de Vous occuper du membre de Votre famille aidé :

- Immobilisation d'au moins 5 jours à Domicile
- Ou Hospitalisation imprévue de plus de 24 heures
- Ou Hospitalisation prévue de plus de 5 jours

Nous organisons et prenons en charge la présence d'une aide-ménagère ou d'une aide familiale (travailleuse familiale ou aide-soignante), pour prendre Votre relais, **à hauteur de 20 heures maximum**, auprès du membre de Votre famille aidé.

Le service est accessible du lundi au vendredi (hors jours fériés) entre 8 h 00 et 19 h 00, à raison de **2 heures minimum par intervention**.

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

9.3.2 En cas de besoin de répit de l'Assuré

En cas de besoin de répit de l'Assuré, sur simple demande, Nous recherchons les coordonnées d'établissements médicalisés en capacité d'accueillir le membre de Votre famille aidé dans le cadre d'un séjour de courte durée.

Nous pouvons Vous mettre en relation avec des établissements pouvant l'accueillir.

Dans tous les cas, le choix de l'établissement médicalisé Vous revient, ou au membre de Votre famille aidé.

Nous pouvons également organiser son transfert depuis son domicile jusqu'au centre médicalisé de son choix, dans le cadre de son admission.

Les frais de séjour et/ou de transfert restent à la charge de l'Assuré ou du membre de sa famille aidé.

9.3.3 Soutien psychologique en cas de décès du membre de la famille aidé

A la suite du décès d'un membre de Votre famille aidé, dans les 3 mois qui suivent les obsèques, Nous mettons à Votre disposition un service Ecoute et Accueil Psychologique rendu par téléphone par des psychologues cliniciens.

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

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

Nous assurons l'organisation et la prise en charge de **5 entretiens téléphoniques**.

10. TÉLÉCONSULTATION

Le service de Téléconsultation permet à l'Assuré de bénéficier de consultations médicales à distance, réalisées par des médecins généralistes ou des dermatologues, ou de conseils médicaux à distance réalisés par des infirmiers diplômés d'Etat.

Le service est disponible 24h/24 et 7j/7, par téléphone au **09 69 39 12 50** (coût d'appel vers un fixe) ou depuis le portail web accessible via l'application CA Ma Santé.

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant de l'Assuré, les consultations médicales à distance peuvent être réalisées en direct ou sur rendez-vous (rendez-vous obligatoires auprès des médecins dermatologues), par téléphone ou visioconférence, au choix de l'Assuré.

10.1 Mentions légales

10.1.1 Organisme de télémédecine

La société **EUROP ASSISTANCE**, Société Anonyme au capital de 46 926 941 €, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 451 366 405, entreprise régie par le Code des Assurances dont le siège social est sis **1 Promenade de la Bonnette - 92230 GENNEVILLIERS**.

Ci-après désignée « Organisme de télémédecine » ou « Europ Assistance ».

10.1.2 Hébergeur agréé de données de santé

La société Claranet, société par actions simplifiée à associé unique au capital de 2 334 800 €, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro B 419 632 286, dont le siège social est sis 18-20, rue du Faubourg du Temple 75011 Paris

10.2 Présentation de la plateforme

Le Service de téléconsultation est un service de télémédecine au sens des dispositions de l'article L.6316-1 du Code de la santé publique, qui s'inscrit dans le respect du parcours de soins et de la législation locale en vigueur.

Ce Service de téléconsultation est disponible en cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant de l'Assuré. **Le Service de téléconsultation ne peut en aucun cas remplacer une prise en charge médicale globale et personnalisée auprès du médecin traitant de l'Assuré, ou de tout médecin désigné par l'Assuré.**

Toutes les informations médicales échangées avec les médecins de l'Organisme de télémédecine sont strictement confidentielles et sont soumises au secret médical. En particulier, aucune donnée personnelle ou médicale n'est transmise à l'assureur.

Les professionnels de santé intervenant dans le cadre du Service de téléconsultation sont soumis au respect de l'intégralité des règles déontologiques présidant à l'exercice de leur profession telles qu'elles sont définies dans le Code de déontologie qui leur est applicable et interprétées par le Conseil National de l'ordre professionnel dont ils relèvent.

Ce Service de téléconsultation comprend le cas échéant :

- La délivrance d'une information santé personnalisée sans visée diagnostic ;
- Le renseignement d'un dossier médical ;
- Le renseignement d'un questionnaire médical spécifique ;
- La délivrance d'une ordonnance de prescription, le cas échéant ;
- La consultation et l'envoi sécurisés du compte-rendu de l'acte de téléconsultation ainsi que de la prescription, le cas échéant ;
- L'envoi sécurisé du compte-rendu de la téléconsultation à Votre médecin traitant, sous réserve de Votre consentement à ce titre, ou sa mise à disposition sur un espace patient en ligne personnel et sécurisé ;
- L'envoi sécurisé de la prescription à la pharmacie sélectionnée par Vous, sous réserve de Votre demande expresse à ce titre.

La politique de protection des données personnelles est disponible sur le portail web dédié, accessible depuis l'application CA Ma Santé.

10.3 Exclusions spécifiques de la garantie Téléconsultation

Nous n'intervenons pas au titre des évènements listes ci-après, qui sont exclus de la garantie Téléconsultation :

- La médecine d'urgence et les situations d'urgence nécessitant la saisine des services d'urgence ;
- Les consultations médicales qui nécessitent la présence physique de l'Assuré ;
- Les demandes relatives au suivi d'une maladie chronique connue de l'Assuré ;

Les demandes de second avis médical ;

- Les demandes relatives à des nourrissons de moins de 12 mois ;
- L'utilisation par l'Assuré du service de Téléconsultation dans un cadre ou à des visées professionnelles ;
- Une information sur le coût des médicaments prescrits ;
- La prescription de médicaments ou de soins suivants :
  - La prescription de traitement supérieur à 7 jours,
  - La prescription pour un renouvellement de traitement,
  - La prescription de préparations magistrales ou officinales,
  - L'émission de certificats médicaux,
  - La prescription d'arrêt de travail,
  - Les prescriptions particulières : médicaments soumis à prescription restreinte, médicaments soumis à accord préalable, médicaments d'exception, prescriptions de stupéfiants.

11. EXCLUSIONS

11.1 Exclusions communes à toutes les prestations

- **Sont exclues les demandes consécutives :**
- à une guerre civile ou étrangère, des émeutes, des mouvements populaires, des actes de terrorisme, une catastrophe naturelle ;
- à votre participation volontaire à des émeutes ou grèves, rixes ou voies de fait ;
- à la désintégration du noyau atomique ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité ;
- à l'usage de médicaments, de drogues, de stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement, et de l'usage abusif d'alcool ;
- à un acte intentionnel de votre part ou d'un acte dolosif, d'une tentative de suicide ou suicide ;
- à un incident survenu au cours d'épreuves, courses, ou compétitions motorisées (ou leurs essais), soumises par la réglementation en vigueur à l'autorisation préalable des pouvoirs publics, lorsque Vous y participez en tant que concurrent, ou au cours d'essais sur circuit soumis à homologation préalable des pouvoirs publics, et ce, même si Vous utilisez votre propre véhicule ;
- à un sinistre survenu dans l'un des pays exclus de la garantie des présentes conditions d'assistance ou en dehors des dates de validité de garantie.
- Sont également exclus :
- les demandes qui relèvent de la compétence des organismes locaux de secours d'urgence ou des transports primaires tels que le SAMU, les pompiers, et les frais s'y rapportant ;
- les frais engagés sans notre accord ;
- les frais non expressément prévus par les présentes conditions d'assistance ;
- les frais non justifiés par des documents originaux ;
- les frais de franchise non rachetable en cas de location de véhicule ;
- les frais de carburant et de péage ;
- les frais de douane ;
- les frais de restauration ;
- les conséquences d'une mise en quarantaine et/ou de mesures de restriction de déplacement décidées par une autorité compétente, qui pourrait affecter l'(les) Assuré(s) avant ou pendant son(leur) déplacement ;
- les déplacements vers un pays, une région ou une zone vers lesquels les voyages sont formellement déconseillés par les autorités gouvernementales du pays de Domicile de l'Assuré à la date de départ.

11.2 Exclusions assistance aux personnes

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

Outre les Exclusions communes à toutes les prestations figurant au chapitre 10.1, sont exclus :

- les conséquences de l'exposition à des agents biologiques infectants, à des agents chimiques type gaz de combat, à des agents incapacitants, à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents,

- les Maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation continue, d'une hospitalisation de jour ou d'une hospitalisation ambulatoire dans les 6 mois précédant toute demande, qu'il s'agisse de la manifestation ou de l'aggravation dudit état,
- les Hospitalisations dans les centres de réadaptation fonctionnelle, maisons de convalescence ou établissements psychiatriques,
- les Hospitalisations à domicile,
- les Hospitalisations chirurgicales à but esthétique, leurs conséquences et les frais en découlant,
- l'organisation et la prise en charge du transport visé au chapitre « Transport / Rapatriement » pour des affections bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui ne Vous empêchent pas de poursuivre votre déplacement ou votre séjour,
- les demandes d'assistance se rapportant à la procréation médicalement assistée et ses conséquences ou à l'interruption volontaire de grossesse et ses conséquences,
- les demandes relatives à la procréation ou la gestation pour le compte d'autrui, et ses conséquences,
- les appareillages médicaux et les prothèses (dentaires, auditives, médicales),
- les soins dentaires non urgents, leurs conséquences et frais en découlant
- les cures thermales et les frais en découlant,
- les frais médicaux engagés dans votre pays de Domicile,
- les hospitalisations prévues, leurs conséquences et les frais en découlant,
- les frais d'optique (lunettes et verres de contact par exemple),
- les vaccins et frais de vaccination,
- les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant, et leurs conséquences,
- les interventions à caractère esthétique, les frais en découlant ainsi que leurs conséquences,
- les séjours dans une maison de repos et les frais en découlant,
- les rééducations, kinésithérapies, chiropraxies, ostéopathies, les frais en découlant, et leurs conséquences,
- les services médicaux ou paramédicaux et l'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française, et les frais s'y rapportant,
- les bilans de santé concernant un dépistage à titre de prévention, les traitements ou analyses réguliers, et les frais y afférents,
- les recherches et secours de personne en montagne, en mer ou dans le désert,
- les frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un transport par avion et les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent être transportés avec vous,
- les frais d'annulation de voyage.

11.3 Exclusions spécifiques aux Affections de longue durée

Sont spécifiquement exclues :

- les Maladies diagnostiquées/avérées/constituées ou en cours de traitement ne faisant pas l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale, antérieures ou postérieures à la date d'effet des présentes conditions.

Ne s'appliquent pas aux Affections de longue Durée les exclusions relatives aux conséquences :

- de Maladies et Accidents antérieurs à la date d'effet du contrat,
- de Maladies antérieurement diagnostiquées/avérées/constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat.

11.4 Limitations de responsabilité en cas de force majeure ou autres évènements assimilés

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

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

- guerres civiles ou étrangères, instabilité politique notoire, mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles,
- recommandations de l'O.M.S. ou des autorités nationales ou internationales ou restriction à la libre circulation des personnes et des biens, et ce quel qu'en soit le motif notamment sanitaire, de sécurité, météorologique, limitation ou interdiction de trafic aéronautique,
- grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique, ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité,
- délais et/ou impossibilité à obtenir les documents administratifs tels que visas d'entrée et de sortie, passeport, etc. nécessaires à votre transport à l'intérieur ou hors du pays où vous vous trouvez ou à votre entrée dans le pays préconisé par nos médecins pour y être hospitalisé(e),
- recours à des services publics locaux ou à des intervenants auxquels nous avons l'obligation de recourir en vertu de la règlementation locale et/ou internationale,
- inexistence ou indisponibilité de moyens techniques ou humains adaptés au transport (y compris refus d'intervention),
- refus du transporteur de personnes (dont notamment les compagnies aériennes) opposé à une personne atteinte de certaines pathologies ou à une femme enceinte.

12. CADRE DU CONTRAT

12.1 Subrogation

Après avoir engagé des frais dans le cadre des prestations d'assistance, Europ Assistance est subrogée dans les droits et actions que Vous ou vos Bénéficiaires pouvez avoir contre les tiers responsables du sinistre, comme le prévoit l'article L 121-12 du Code des assurances. Cette subrogation est limitée au montant des frais qu'Europ Assistance a engagés en exécution de la garantie Assistance.

12.2 Prescription

Conformément à l'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.

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. »

Conformément à l'article L114-2 du Code des assurances :

« La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec 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. »

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont décrites aux articles 2240 à 2246 du Code civil : la reconnaissance par le débiteur du droit contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil), la demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil), un acte d'exécution forcée (articles 2244 à 2246 du Code civil).

Conformément à l'article L114-3 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. »

12.3 Fausses déclarations

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

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

12.4 Déchéance pour déclaration frauduleuse

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

12.5 Réclamations – Litiges

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

Europ Assistance

Service Réclamations Clients

1 promenade de la Bonnette

92633 Gennevilliers Cedex

service.qualite@europ-assistance.fr

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

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

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

La Médiation de l'Assurance

TSA 50110

75441 Paris Cedex 09

http://www.mediation-assurance.org/

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

12.6 Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle est **l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – ACPR – 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09**.

12.7 Protection des données personnelles

Europ Assistance, entreprise régie par le Code des assurances, ayant son siège promenade de la Bonnette - 92633 Gennevilliers cedex (ci-après dénommée « l'Assureur »), agissant en qualité de Responsable de traitement, met en œuvre un traitement de données à caractère personnel du Bénéficiaire ayant pour finalités de :

• gérer les demandes d'assistance,

• organiser des enquêtes de satisfaction auprès des Bénéficiaires ayant bénéficié des services d'assistance et d'assurance,

• élaborer des statistiques commerciales et des études actuarielles,

• examiner, accepter, contrôler et surveiller le risque,

gérer les contentieux potentiels et mettre en œuvre les dispositions légales,

• mettre en œuvre les obligations de vigilance dans le cadre de la lutte contre le blanchiment d'argent et contre le financement du terrorisme, les sanctions financières, y inclus le déclenchement d'alertes et les déclarations de suspicion,

• mettre en œuvre des mesures visées à la lutte contre la fraude à l'assurance,

• gérer l'enregistrement des conversations téléphoniques avec les salariés de l'Assureur ou ceux de ses sous-traitants aux fins de former et évaluer les salariés et améliorer la qualité du service ainsi que pour gérer des contentieux potentiels.

Les données concernées sont : les données relatives à l'identification des personnes parties, intéressées ou intervenantes au contrat et 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.

Le Bénéficiaire est informé et accepte que ses données personnelles soient traitées pour les finalités précitées. Ce traitement est mis en œuvre en application du contrat.

Les données collectées sont obligatoires. En l'absence de communication de ces données, la gestion des demandes d'assistance et d'assurance du Bénéficiaire sera plus difficile voire impossible à gérer.

À cet effet, le Bénéficiaire est informé que ses données personnelles sont destinées à l'Assureur, responsable de traitement, aux sous-traitants, aux filiales et aux mandataires de l'Assureur, ainsi qu'aux prestataires missionnés pour l'exécution de services d'assistance à votre profit (selon les cas, dépanneurs, ambulanciers, compagnies aériennes, taxis etc…)

En vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires, l'Assureur peut être amené à communiquer des informations aux autorités administratives ou judiciaires légalement habilitées.

Les données personnelles du Bénéficiaire sont conservées pour une durée variable selon la finalité poursuivie (2 mois pour les enregistrements téléphoniques) augmentée des durées de conservation obligatoires en matière de comptabilité et de la durée légale de prescription (10 ans pour les traitements en lien avec le médical, 5 ans pour les autres traitements).

Dans le cadre de la garantie Téléconsultation, les données personnelles sont conservées pour une durée de 20 ans à compter du dernier acte de téléconsultation, puis font l'objet d'une anonymisation ou d'une suppression. Les données des mineurs sont conservées jusqu'à leur 28ème année si le délai de 20 ans susvisé expire avant cette date. L'accès au service de Téléconsultation fait l'objet d'un consentement spécifique et obligatoire à la politique de protection des données et au traitement des données de santé.

Le Bénéficiaire est informé et accepte que les données à caractère personnel le concernant soient communiquées à des destinataires, situés dans des pays tiers non-membres de l'Union européenne, disposant d'une protection équivalente. Les transferts de données à destination de ces pays tiers sont encadrés par :

• une convention de flux transfrontaliers établie conformément aux clauses contractuelles types de responsables à sous-traitants émises par la Commission européenne et actuellement en vigueur,

• des contrats d'adhésion des entités de l'Assureur aux des contrats d'adhésion des entités de l'Assureur aux règles internes conformes à la recommandation 1/2007 du Groupe de travail de l'Article 29 sur la demande standard d'approbation des règles d'entreprise contraignantes pour le transfert de données personnelles.

Le Bénéficiaire peut demander une copie de ces garanties appropriées encadrant les transferts de données à l'une ou l'autre des adresses indiquées ci-dessous.

Ces flux ont pour finalité la gestion des demandes d'assistance et d'assurance. Les catégories de données suivantes sont concernées :

• données relatives à l'identité (notamment : nom, prénoms, sexe, âge, date de naissance, numéro de téléphone, courrier électronique) et à la vie personnelle (notamment : situation familiale, nombre des enfants),

• données de localisation,

• le cas échéant, données de santé, y compris le numéro de Sécurité sociale (NIR), et sur consentement de la personne concernée.

Le Bénéficiaire, en sa qualité de personne concernée par le traitement, est informé qu'il dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité de ses données, ainsi que d'un droit de limitation du traitement. Il dispose en outre d'un droit d'opposition. Le Bénéficiaire a le droit de retirer son consentement à tout moment, sans porter atteinte à la licéité du traitement fondé sur le consentement avant le retrait de celui-ci. Par ailleurs, il dispose d'un droit de formuler des directives spécifiques et générales concernant la conservation, l'effacement et la communication de ses données post-mortem.

L'exercice des droits du Bénéficiaire s'effectue, auprès du Délégué à la protection des données, par courrier accompagné de la photocopie d'un titre d'identité signé, à l'une ou l'autre des adresses suivantes :

• soit par voie électronique : protectiondesdonnees@europ-assistance.fr,

• soit par voie postale : **Europ Assistance - À l'attention du Délégué à la protection des données - 1, promenade de la Bonnette - 92633 Gennevilliers cedex**

Enfin, le Bénéficiaire est informé qu'il a le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés.

12.8 Droit d'opposition des consommateurs au démarchage téléphonique

Europ Assistance informe le Bénéficiaire que s'il ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel il n'a pas de relation contractuelle préexistante, il peut s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique par courrier postal ou par internet :

SOCIETE OPPOSETEL - Service Bloctel - 6, rue Nicolas Siret - 10000 Troyes

www.bloctel.gouv.fr

POUR MIEUX SE COMPRENDRE

▶ **Ayant droit**	Personne qui bénéficie de l'assurance maladie obligatoire / complémentaire de l'Assuré en raison des liens qu'elle a avec l'Assuré. Elle peut par exemple être son conjoint, son enfant.
▶ **Base de remboursement**	Tarif servant de référence au Régime Obligatoire de Sécurité sociale d'assurance maladie pour déterminer le montant des remboursements de l'Assuré de frais de santé.
▶ **Caisse Primaire d'Assurance Maladie**	La Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) assure les remboursements de l'Assuré de premier niveau concernant la maladie, la maternité, le décès, les accidents du travail et l'invalidité. Si l'Assuré relève du Régime Agricole, c'est la MSA qui assure ce rôle.
▶ **Etablissement conventionné**	Etablissement agréé pour dispenser des soins aux assurés sociaux, ayant conclu une convention avec un organisme de Caisse de Sécurité sociale.
▶ **Forfait journalier hospitalier**	Somme journalière à la charge de l'Assuré et dont le montant est fixé par arrêté. Il permet de participer aux frais de fonctionnement de l'établissement hospitalier. Valeur au 1er janvier 2018 : 20 € (hors psychiatrie).
▶ **NOEMIE**	Norme informatique (dite Norme Ouverte d'Echange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs). NOEMIE accélère les échanges de données avec les caisses d'assurance maladie grâce à la dématérialisation et permet à l'Assuré notamment d'être remboursé par l'Assureur sans avoir à envoyer ses décomptes papiers de remboursement de la Sécurité sociale.
▶ **Plafond mensuel de la SS (PMSS)**	C'est la valeur de référence permettant de calculer de nombreuses prestations sociales (indemnités journalières, maladie ou maternité, pension vieillesse, pension d'invalidité). Ce PMSS sert au calcul de certaines prestations forfaitaires. Cette valeur varie tous les ans. L'Assuré peut la retrouver sur www.pmss.fr Valeur estimée au 1er janvier 2022 : 3 428 €
▶ **Praticien secteur 1**	Les praticiens qui exercent en secteur 1 sont conventionnés : ils se sont engagés à appliquer des tarifs officiels, fixés dans le cadre d'une convention avec l'Assurance maladie. On parle de praticiens ne pratiquant pas les dépassements d'honoraires.
▶ **Praticien secteur 2**	Les praticiens qui exercent en secteur 2 fixent eux-mêmes leurs tarifs : ils sont conventionnés à honoraires libres. L'Assurance maladie rembourse le prix de la consultation sur la base du tarif du secteur 1. On parle de praticiens pratiquant les dépassements d'honoraires.
▶ **Ticket modérateur**	C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par le Régime Obligatoire de la Sécurité Sociale d'Assurance maladie (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou les traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail…) ou selon que l'Assuré soit atteint ou non d'une affection longue durée.
▶ **Tiers Payant**	Système de paiement qui évite à l'Assuré de faire l'avance des frais de santé auprès des professionnels de santé. Ces derniers sont payés directement par les assurances maladie obligatoires et / ou l'Assureur pour les soins ou produits qui ont été délivrés.

LES CONTACTS CRÉDIT AGRICOLE ASSURANCES

Par courrier :
MON CONTRAT SANTÉ
CREDIT AGRICOLE ASSURANCES
TSA 81507
28039 CHARTRES CEDEX

Par e-mail :
moncontratsante@ca-assurances.fr

Via l'Espace Assuré en ligne :
ca-masante.fr

Par téléphone :
02 46 81 00 30
(numéro non surtaxé, prix d'un appel local)

CRÉDIT AGRICOLE ASSURANCES

l'Assureur – compagnie d'assurances de personnes – entreprise régie par le Code des assurances S.A. au capital entièrement libéré de 1 029 934 935 € - Siège social : 50-56 rue de la procession 75015 Paris – 334 028 123 RCS Paris