



CONDITIONS GÉNÉRALES PEPS INDIVIDUEL

(VERSION 01.14)

ARTICLE 1 - LE CADRE JURIDIQUE ET CONTRACTUEL

Le présent contrat est soumis à la législation française et régi par le Code de la mutualité et la réglementation de la Sécurité sociale. Il est formé des présentes Conditions générales valant note d'information, des Conditions particulières et ouvre droit aux garanties d'assistance régies par des dispositions spécifiques. En cas de modification de ce cadre juridique et fiscal, le contrat en cours se verra appliquer les nouvelles modalités.

L'adhérent, tel que défini à l'article 4, devient membre de la Malakoff Médéric Mutuelle, une mutuelle du groupe Malakoff Médéric soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, et reçoit, à ce titre, un exemplaire des statuts. L'ensemble des informations et des tarifs sont valables pour l'année civile en cours et peuvent être modifiés au 1^{er} janvier de l'année suivante. En tout état de cause, les droits et obligations des adhérents peuvent être modifiés par voie d'avenant au présent contrat.

ARTICLE 2 - L'OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat a pour objet de garantir aux assurés le versement de prestations Frais de santé complémentaires à celles versées par le régime obligatoire de Sécurité sociale, dans la limite de la formule, des renforts et options éventuellement choisis par l'adhérent.

ARTICLE 3 - LA DURÉE DU CONTRAT LE RENOUVELLEMENT

Le contrat prend effet au plus tôt le 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception de la demande d'adhésion. La date d'effet est indiquée aux Conditions particulières et ne peut excéder un délai de 6 mois suivant la réception de la demande d'adhésion. Le contrat expire le 31 décembre suivant. Sous réserve des dispositions prévues à l'article 11, il se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, sauf résiliation à l'initiative de l'adhérent, signifiée par lettre recommandée avec accusé de réception au moins deux mois avant le 31 décembre précédant la reconduction. L'organisme assureur s'interdit de résilier, sauf en cas de non-paiement des cotisations conformément aux dispositions de l'article L.221-7 du Code de la mutualité.

ARTICLE 4 - LES INTERVENANTS AU CONTRAT

L'adhérent

Il s'agit de la personne physique qui souscrit au présent contrat et qui paye les cotisations. Seules les personnes physiques âgées de moins de 75 ans peuvent souscrire au présent contrat.

L'organisme assureur

Il s'agit de la mutuelle dénommée « Malakoff Médéric Mutuelle », une mutuelle du groupe Malakoff Médéric soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, qui paye les prestations.

Les assurés

Ce sont la ou les personnes garanties par le présent contrat et définies aux Conditions particulières. Ils sont les bénéficiaires des prestations servies au titre du présent contrat.

ARTICLE 5 - LES BÉNÉFICIAIRES DU CONTRAT

Les prestations sont accordées à l'adhérent et aux autres membres de la famille indiqués sur la demande d'adhésion.

Les ayants droit de l'adhérent, qui peuvent bénéficier des prestations, sont :

- le conjoint ;
- le concubin des adhérents célibataires, divorcés ou veufs, sur présentation d'une attestation sur l'honneur renouvelée chaque année ;
- les personnes ayant conclu avec des adhérents célibataires, divorcés ou veufs, un pacte civil de solidarité régi par les articles 515-1 à 515-7 et 506-1 du Code civil ;
- les enfants de moins de 21 ans considérés comme ayants droit par la Sécurité sociale au titre de l'adhérent, de son conjoint, de son concubin, ou de la personne liée à l'assuré par un pacte civil de solidarité, ainsi que les enfants de moins de 21 ans qui exercent une activité professionnelle leur procurant un revenu inférieur à 55 % du SMIC.

Cette limite d'âge est prorogée jusqu'à 28 ans pour :

- les enfants reconnus, par le service médical de Malakoff Médéric Mutuelle,

atteints d'un handicap les empêchant de se livrer à une quelconque activité rémunératrice ;

- les enfants qui poursuivent leurs études et qui, soit bénéficient du régime des étudiants en application de l'article 381-5 du Code de la sécurité sociale, soit sont considérés par la Sécurité sociale comme ayants droit de l'adhérent, de son conjoint, son concubin, ou de la personne liée à l'assuré par un pacte civil de solidarité, au titre de l'article L. 161-4 du Code de la sécurité sociale ;

La démission ou la radiation de l'adhérent sera assimilée à une démission de l'ensemble du groupe familial.

Les ayants droit, bénéficiaires du contrat, sont ceux déclarés comme tels lors de la souscription. La liste des ayants droit bénéficiaires ne pourra être modifiée ultérieurement, sauf en cas de changement de la situation familiale de l'adhérent dans les conditions prévues par l'article 6.2.

ARTICLE 6 - LES OBLIGATIONS DE L'ADHÉRENT

6.1 - Les formalités d'adhésion

L'adhérent doit remplir une demande d'adhésion dont les informations recueillies servent de base à l'établissement des Conditions particulières.

Les Conditions particulières comportent notamment :

- la date d'effet du contrat,
- la liste des assurés, leur date de naissance et adresse,
- la nature et le montant des garanties (la formule, les options et renfort choisis), ainsi que leurs modalités d'entrée en vigueur. Le choix d'options effectué par l'adhérent vaut pour l'ensemble des assurés garantis par le présent contrat,
- le montant de la cotisation correspondant à l'ensemble des garanties choisies.

6.2 - Les changements de situation familiale

La liste des personnes retenues au départ de l'adhésion peut être modifiée pour tenir compte de l'évolution de la situation familiale (mariage, naissance, divorce...). L'adhérent devra, dans les 30 jours suivant l'événement, en informer la mutuelle et lui communiquer les informations administratives correspondantes, afin qu'elles soient prises en compte dans le contrat. Il recevra en retour un avenant aux Conditions particulières tenant compte de sa nouvelle situation.

6.3 - Les changements d'adresse

L'adhérent devra informer la mutuelle de tout changement de domiciliation et lui communiquer les informations administratives correspondantes, afin qu'elles soient prises en compte dans le contrat. En cas d'évolution tarifaire et conformément aux conditions prévues par l'article 10.1, il recevra en retour un avenant aux Conditions particulières tenant compte de sa nouvelle situation.

ARTICLE 7 - LES GARANTIES

7.1 - Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet à la date d'effet du contrat, indiquée aux Conditions particulières, sous réserve des garanties « Dentaire », hors soins dentaires, et « Optique » entrant en vigueur à l'issue d'un délai de carence de 3 mois. Ce délai est décompté à partir de la date d'effet du contrat.

Par exception, le délai de carence n'est pas applicable lorsque l'adhérent a bénéficié, au cours des 6 mois précédant son adhésion, d'une garantie Frais de santé souscrite auprès d'un organisme du groupe Malakoff Médéric, ou d'une garantie d'un niveau équivalent ou supérieur souscrite auprès d'un autre organisme assureur. Dans ce dernier cas, l'adhérent doit fournir, à l'adhésion, un certificat de radiation de son ancien contrat ainsi que le détail des prestations dont il était bénéficiaire.

Les garanties ne sont acquises que pour les dépenses engagées postérieurement à la date d'effet du contrat et antérieurement à la date de résiliation du dit contrat.

Les frais doivent avoir été engagés pendant la période de garantie. La date des soins retenue est celle prise en compte par la Sécurité sociale ou celle de facturation pour les actes non pris en charge par la Sécurité sociale.

7.2 – Étendue des garanties

Les prestations de l'organisme assureur sont accordées à tout assuré résidant habituellement en France, pour tout acte résultant d'accident, de maladie ou de maternité ayant donné lieu à remboursement par le régime général de la Sécurité sociale des travailleurs salariés, du régime Alsace-Moselle ou du régime minier.

Toutefois, les Conditions particulières peuvent prévoir des prestations pour certains actes non remboursés par ces régimes qui sont expressément mentionnées au tableau de garanties.

Les frais engagés d'une manière occasionnelle à l'étranger sont remboursés s'ils ont été pris en charge partiellement par la Sécurité sociale. Les remboursements complémentaires sont alors effectués en euros.

7.3 – Nature et niveau des garanties

La nature et le niveau des garanties choisies par l'adhérent sont précisés dans un tableau annexé aux Conditions particulières.

Le contrat prend en charge, dans la limite du niveau de garanties souscrit le remboursement :

- des frais restant à charge après remboursement de la Sécurité sociale pour les actes faisant l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale,
- des dépenses de soins médicalement prescrites à caractère thérapeutique non prises en charge par la Sécurité sociale,
- des dépenses de soins prises en charge dans le cadre de forfaits spécifiques prévus au tableau de garanties,
- des dépenses de prévention mentionnées 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 du remboursement de la Sécurité sociale ou Ticket Modérateur), et de la législation en vigueur à la date des soins.

En cas de litige entre l'assuré et la Sécurité sociale, l'organisme assureur se conforme à la position de la Sécurité sociale.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de l'adhérent entraîne la nullité du contrat et la déchéance de tous droits aux prestations.

7.4 - Les forfaits annuels

Les forfaits annuels ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Tout forfait non utilisé sur une année ne donnera lieu à aucun report sur l'année suivante.

7.5 - Les forfaits couvrant les dépenses non remboursées par la Sécurité sociale

Ces forfaits ne peuvent excéder le montant des dépenses engagées.

2 Spécialités médicales non remboursées

Le nombre de séances donnant lieu au versement de ce forfait est limité à trois par bénéficiaire par année d'adhésion.

Sevrage tabagique

Ce forfait annuel permet de couvrir les dépenses liées aux traitements par substituts nicotiques (patch, gomme, pastille, inhalateur...). La demande de remboursement doit être accompagnée d'une prescription médicale et d'une facture nominative (désignation du médicament et du bénéficiaire du traitement) du pharmacien consacrée exclusivement aux substituts nicotiques.

Pharmacie prescrite non remboursée et automédication achetée en pharmacie

Ce forfait annuel permet de couvrir :

- les médicaments prescrits mais non remboursés par la Sécurité sociale (tels que l'homéopathie, les oligoéléments et les compléments alimentaires) sur présentation d'une prescription médicale et d'une facture du pharmacien,
- les frais de médicaments dits de médication officinale, c'est-à-dire délivrés en pharmacie sans ordonnance. Ces médicaments doivent faire partie de la liste « des médicaments de médication officinale disponible en accès direct » de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM - liste à disposition sur le site Internet www.ansm.sante.fr). La demande de remboursement doit être accompagnée des factures justificatives nominatives (désignation du médicament et du bénéficiaire du traitement).

Forfait contraception :

Ce forfait annuel permet de couvrir les contraceptifs achetés en pharmacie et faisant partie de la liste suivante : pilule contraceptive, patch contraceptif, anneau vaginal, cape cervicale, diaphragme, préservatif masculin et féminin.

La demande de remboursement doit être accompagnée des factures justificatives nominatives (désignation du type de contraceptif et du bénéficiaire).

7.6 - Les majorations des prestations Optique

Malakoff Médéric Mutuelle a conclu un accord auprès d'opticiens constituant un réseau optique permettant aux adhérents de bénéficier d'avantages lorsque les dépenses sont engagées au sein de ce réseau :

- une majoration des prestations est prévue pour les dépenses engagées auprès de ces professionnels,
- pour les Formules Tonique, si l'adhérent n'a pas bénéficié de remboursement d'un équipement optique pendant 2 ans consécutifs, une majoration lui est accordée sur le prochain remboursement de ses verres. Il en est de même pour chacun de ses ayants droit.

Pour les adultes et les enfants de plus de 18 ans, Malakoff Médéric Mutuelle participe à la prise en charge d'une paire de verres par an et par bénéficiaire et d'une monture tous les deux ans par bénéficiaire. Ces limites ne s'appliquent pas aux enfants de moins de 18 ans.

Les renforts mentionnés dans le tableau de garanties correspondent aux corrections de la nomenclature du Régime Obligatoire 2280660, 2282793, 2263459, 2265330, 2235776, 2295896, 2284527, 2254868, 2288519, 2299523 pour forte correction et nomenclature du Régime Obligatoire : 2290396, 2291183, 2245384, 2295198, 2227038, 2299180, 2202239, 2252042 pour verres progressifs.

La liste des opticiens appartenant à notre réseau optique est disponible sur notre site Internet malakoffmederic.com.

7.7 - Les critères du contrat responsable

À l'exception de la formule Economique 1 ne prenant en charge que les frais en cas d'hospitalisation, les options de garanties proposées par le présent contrat répondent aux critères du contrat responsable.

Il prend en charge un niveau minimum de remboursement complémentaire pour certaines consultations et prescriptions dans le cadre du parcours des soins coordonnés :

- 30 % du tarif de convention de la consultation du médecin traitant et du médecin correspondant,
- 30 % du tarif des médicaments remboursés à 65 % par la Sécurité sociale et prescrits par le médecin traitant ou correspondant,
- 35 % des analyses de biologie prescrites par le médecin traitant ou correspondant, la totalité du ticket modérateur d'au moins 2 actes de prévention dont le service est considéré comme prioritaire en termes de santé publique, conformément à l'article R. 871-2 du Code de la sécurité sociale.

Les actes de prévention pris en charge sont les suivants :

- Détartrage sus et sous gingival (remboursé sur les bases des soins dentaires) ;
- Bilan du langage écrit et oral ;
- Audiométrie tonale avec tympanométrie (pour les personnes de plus de 50 ans, remboursement sur les bases de consultations de spécialistes).

De plus, il ne prend pas en charge :

- le dépassement d'honoraires autorisé pour une consultation de spécialiste réalisée en dehors du parcours de soins coordonnés,
- la majoration du ticket modérateur restant à la charge de l'assuré après remboursement de la Sécurité sociale, en cas de non respect du parcours de soins coordonnés, la participation forfaitaire pour les consultations, les actes de biologie médicale et les examens radiologiques,
- la participation forfaitaire pour les médicaments, les actes effectués par un auxiliaire médical, les frais de transport.

7.8 - Tiers payant

L'adhérent bénéficiaire d'une carte de tiers payant Viamédis est dispensé de l'avance des frais d'hospitalisation et d'optique et des frais médicaux indiqués sur la carte. La notice qui accompagne la carte donne toutes précisions utiles sur son usage.

7.9 - Les plafonds annuels

Le versement cumulé des prestations pour l'ensemble des frais de santé suivants ne peut dépasser un montant maximum par année civile :

- Inlays/onlays ;
- Prothèses dentaires remboursées par le Régime Obligatoire ;
- Supplément dents visibles ;
- Couronnes non remboursées par le Régime Obligatoire ;
- Implantologie ;
- Parodontologie.

Ce montant « Plafond global dentaire » correspond à trois fois le forfait en euros de la prestation « Prothèses dentaires remboursées par le Régime Obligatoire » de la formule choisie pour la première et la deuxième année, quatre fois pour la troisième année et les suivantes.

ARTICLE 8 - LE CHOIX DES OPTIONS

8.1 - Le choix à l'adhésion

8.1.1 - Le choix des formules

L'adhérent choisit sa base de garanties parmi les huit formules proposées :

- Économique 1, Économique 2, Économique 3,
- Tonique 1, Tonique 2,
- Énergique 1, Énergique 2,
- Dynamique.

Pour pouvoir adhérer à la formule Dynamique, il est nécessaire :

- d'avoir souscrit précédemment, pendant au minimum 12 mois, l'une des 4 autres formules suivantes : Tonique 1, Tonique 2, Énergique 1, Énergique 2,
- ou d'avoir bénéficié, au cours des 6 mois précédant, d'une garantie Frais de santé souscrite auprès d'un organisme du groupe Malakoff Médéric.

Les formules prennent effet à la date fixée aux Conditions particulières.

8.1.2 - Le choix du renfort FAMILLE ou renfort 50 +

En vue de compléter sa base de garanties, l'adhérent peut choisir de souscrire l'un des renforts optionnels intitulés :

- FAMILLE : l'adhésion au renfort est réservée aux assurés de moins de 60 ans,
- 50 + : l'adhésion au renfort est réservée aux assurés de plus de 50 ans.

Ces renforts ne sont pas cumulables. Ils ne peuvent pas être souscrits en complément des 3 formules Économiques.

Le renfort prend effet immédiatement, lorsqu'il est souscrit lors de l'adhésion au contrat. Dans les autres cas, il prend effet au 1^{er} janvier de chaque année, sous réserve que l'adhérent présente sa demande avant le 30 juin de l'année précédente, ou au 1^{er} juillet sous réserve d'une demande effectuée avant le 31 décembre de l'année précédente.

8.1.3 - Le choix de l'option supplémentaire Moderato et sa résiliation

Afin de minorer le montant de sa cotisation, l'adhérent peut souscrire l'option Moderato et, de ce fait, supprimer, de sa formule d'adhésion, un ensemble indivisible de garanties, listées ci-dessous. La souscription de l'option Moderato ne peut intervenir sur les 3 formules Économiques.

Lorsque l'option Moderato est souscrite, les postes suivants ne donnent lieu à aucun remboursement :

- les médicaments à service médical rendu insuffisant (vignette orange remboursée à 15 % par le régime général),
- les spécialités médicales non remboursées par la Sécurité sociale : ostéopathie, chiropratique, acupuncture, tabacologie,
- le sevrage tabagique,
- les vaccins non remboursés par la Sécurité sociale,
- la chirurgie optique et implants multifocaux,
- les prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale,
- l'implantologie,
- la parodontie,
- l'orthodontie remboursée par la Sécurité sociale (hors renfort Famille),
- les lentilles de correction prescrites remboursées ou non par la Sécurité sociale.

L'option prend effet immédiatement, lorsqu'elle est souscrite lors de l'adhésion au contrat. Dans les autres cas, elle prend effet au 1^{er} janvier de chaque année, sous réserve que l'adhérent présente la demande avant le 30 juin de l'année précédente, ou au 1^{er} juillet sous réserve d'une demande effectuée avant le 31 décembre de l'année précédente.

L'adhérent peut résilier l'option, au 31 décembre de chaque année, sous réserve d'un préavis de 2 mois. La résiliation de l'option, de quelque nature qu'elle soit, entraîne une interdiction pendant deux ans de re-souscrire l'option résiliée.

Toute souscription ou résiliation de l'option en cours d'adhésion donne lieu à l'émission de nouvelles Conditions particulières.

8.2 - Les changements de formules, de renforts en cours de vie du contrat et la résiliation des renforts

8.2.1 - Possibilité de passer d'une formule à une autre en cours de contrat

L'adhérent a la possibilité de changer de formule de garanties, soit au 1^{er} janvier sous réserve d'en avoir fait la demande avant le 30 juin de l'année précédente, soit au 1^{er} juillet sous réserve d'une demande effectuée avant le 31 décembre de l'année précédente.

Toutefois :

- cette possibilité n'est plus ouverte pour les changements vers une formule d'un niveau supérieur lorsque l'un des assurés a atteint l'âge de 75 ans,
- le changement de formule ne peut prendre effet qu'au terme d'un délai de 12 mois suivant l'adhésion au contrat. Il oblige l'adhérent à conserver la nouvelle formule choisie pendant une période de 2 années consécutives.

Le basculement d'une formule à une autre formule entraîne automatiquement la résiliation du renfort (FAMILLE, ou 50 +) et de l'option Moderato souscrits, si ces derniers ne figurent pas parmi les renforts associés à la nouvelle formule choisie. Les nouvelles garanties choisies par l'adhérent s'appliquent à l'ensemble des bénéficiaires des garanties du contrat. Elles donnent lieu à l'application de nouvelles cotisations d'assurance et à l'émission de nouvelles Conditions particulières.

8.2.2 - Possibilité de passer d'un renfort à un autre en cours de contrat et résiliation du renfort

L'adhérent a la possibilité de souscrire, sous réserve de l'interdiction prévue ci-après, ou de résilier l'un des renforts (FAMILLE, 50 +) en cours de contrat, soit au 1^{er} janvier sous réserve d'en avoir fait la demande avant le 30 juin de l'année précédente, soit au 1^{er} juillet sous réserve d'une demande effectuée avant le 31 décembre de l'année précédente. Cependant, la résiliation d'un renfort, de quelque nature qu'elle soit, entraîne une interdiction pendant trois ans de souscrire à nouveau au renfort résilié.

En outre, la faculté de basculer d'un « renfort » à un autre « renfort », ou d'adhérer à un « renfort », n'est plus ouverte lorsque l'un des assurés a atteint l'âge de 75 ans.

Tout changement, souscription ou résiliation de renfort en cours d'adhésion donne lieu à l'émission de nouvelles Conditions particulières.

ARTICLE 9 - LA FIN DES GARANTIES

Les garanties cessent à la date de prise d'effet de la suspension ou de la résiliation du contrat.

Pour les membres de la famille, assurés au titre du présent contrat, les garanties cessent à la date de la résiliation du contrat par l'adhérent, au décès de l'adhérent, ou au 31 décembre de l'année civile au cours de laquelle la résiliation de l'assuré est demandée, sous réserve que la demande de radiation parvienne à l'organisme assureur au plus tard le 31 octobre.

Les membres de la famille, une fois radiés, ne pourront plus bénéficier des garanties au titre du présent contrat. Cette radiation est définitive. Toutefois, les membres de la famille pourront à titre individuel souscrire un nouveau contrat individuel en leur nom propre.

ARTICLE 10 - LES COTISATIONS

10.1 - Montant des cotisations

La cotisation est fixée aux Conditions particulières. Elle est payable à terme d'avance.

La cotisation dépend :

- du nombre d'assurés couverts par le contrat,
- de l'âge de chaque assuré. L'âge se définit comme étant la différence de millésimes entre l'année civile en cours et l'année de naissance,
- du régime de Sécurité sociale (régime général, régime Alsace-Moselle ou régime minier),
- du département d'habitation dans lequel l'adhérent a sa résidence principale, l'adresse figurant aux Conditions particulières faisant foi.

La cotisation augmente en fonction de la tranche d'âge de chaque assuré jusqu'à ses 75 ans. Les tranches d'âge retenues sont les suivantes : enfants de moins de 18 ans, 18 à 24 ans, 25 à 29 ans, 30 à 34 ans, 35 à 39 ans, 40 à 44 ans, 45 à 49 ans, 50 à 54 ans, 55 ans à 59 ans, 60 à 64 ans, 65 à 69 ans, 70 à 74 ans, 75 ans et plus.

La cotisation peut être amenée à évoluer en cas de changement de département de résidence de l'adhérent. Le cas échéant, la modification tarifaire sera effective, au 1^{er} mars de chaque année sous réserve que les informations parviennent à l'organisme assureur au plus tard le 15 février précédent, au 1^{er} octobre sous réserve que les informations parviennent à l'organisme assureur au plus tard le 15 septembre précédent. Elle peut également être ajustée au 1^{er} janvier de chaque année de façon à tenir compte du niveau des résultats techniques enregistrés dans le cadre de l'ensemble des contrats de même nature et de son évolution possible pour l'exercice suivant, en cas de modification de la réglementation de la Sécurité sociale, ou pour toute raison indépendante de la volonté de l'organisme assureur. L'adhérent est informé de l'évolution éventuelle des niveaux de cotisation avant le 31 octobre.

En cas d'instauration ou de modification par les pouvoirs publics de taxes, contributions ou charges de toute nature, assises sur les cotisations, la mutuelle est fondée à majorer immédiatement et à due concurrence les cotisations appelées.

10.2 - Réductions

Le contrat prévoit une réduction en cas d'adhésion d'un couple marié, de partenaires liés par un PACS, de concubins notoires ou d'une personne seule avec un enfant. En cas de décès, divorce, séparation de corps prononcée par jugement, ou résiliation de l'adhésion d'un assuré, la réduction sera annulée à compter du trimestre qui suit l'événement (si prélèvement trimestriel) ou du mois qui suit l'événement (si prélèvement mensuel).

En cas d'adhésion d'un deuxième enfant au contrat, une réduction est également prévue sur la cotisation du deuxième enfant.

La gratuité est accordée pour le troisième enfant assuré et les suivants.

En cas de décès d'un assuré, la cotisation versée pour le trimestre en cours est acquise à l'organisme assureur (si prélèvement trimestriel) ou pour le mois en cours (si prélèvement mensuel).

10.3 - Le paiement des cotisations

Les cotisations sont payables d'avance, par prélèvement sur un compte bancaire ouvert en France, dans les dix premiers jours de chaque trimestre civil, ou de chaque mois si les cotisations sont prélevées mensuellement.

La première cotisation est calculée en fonction du nombre de mois séparant la date d'effet de l'adhésion du premier jour du trimestre civil suivant si les cotisations sont payées trimestriellement.

En cas de décès d'un assuré, la cotisation versée pour le trimestre en cours est acquise à l'organisme assureur (si prélèvement trimestriel) ou pour le mois en cours (si prélèvement mensuel).

ARTICLE 11 - LE NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

À défaut du paiement de l'intégralité des cotisations dans les conditions de l'article 10.3, une mise en demeure de paiement est adressée à l'adhérent par lettre recommandée. En cas de non-paiement, les garanties sont suspendues 30 jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure. Le contrat est résilié 10 jours après la date de prise d'effet de la suspension si le paiement n'est toujours pas intervenu.

ARTICLE 12 - LA LIMITE DES REMBOURSEMENTS

Le montant des prestations est accordé dans la limite des niveaux de garanties souscrits. Le montant total des remboursements de la mutuelle ajouté, d'une part aux remboursements de Sécurité sociale et de tout autre organisme complémentaire, et d'autre part aux montants de la contribution forfaitaire (a), des franchises médicales (b), de l'éventuelle majoration de participation financière (c) et des dépassements d'honoraires (d), maintenus à la charge de l'assuré, ne peut excéder le montant des dépenses déclarées à la Sécurité sociale.

Les pénalités financières appliquées hors parcours de soins ou en cas de refus d'accès au dossier médical, la contribution forfaitaire ainsi que les franchises médicales, conformément à l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale, ne donnent pas lieu à remboursement de la part de la mutuelle.

Le montant retenu pour les dépenses engagées est celui déclaré à la Sécurité sociale figurant sur le décompte de prestations de cet organisme ou celui facturé à l'assuré en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leur effet dans la limite de chaque garantie et dans la limite des dépenses engagées. Les assurés peuvent obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de leur choix.

(a) instaurée par l'article L.322-2-II du Code de la sécurité sociale.

(b) instaurée par l'article L.322-2-III du Code de la sécurité sociale.

(c) définie aux articles L.162-5-3 et L.161-36-2 du Code de la sécurité sociale.

(d) définis à l'article L.162-5 18° du Code de la sécurité sociale.

ARTICLE 13 - LA DEMANDE ET LES MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Les assurés bénéficiant de la transmission automatique des décomptes de la Sécurité sociale (Système NOÉMIE), n'ont pas à envoyer les décomptes de la Sécurité sociale sur lesquels il est fait expressément mention d'une transmission à Malakoff Médéric Mutuelle, ni aucune pièce justificative relative à ces décomptes. La mutuelle se réserve toutefois la possibilité de demander à l'adhérent toutes pièces justificatives.

Les assurés non concernés par le système NOÉMIE doivent adresser à la mutuelle leur demande de remboursement constituée :

- dans tous les cas : du décompte original de la Sécurité sociale (ou d'une autre mutuelle),
- lorsqu'il y a eu règlement du seul ticket modérateur (part non prise en charge par la Sécurité sociale) : de la facture acquittée ou le ticket de caisse,
- pour les frais d'optique, d'appareil auditif, de prothèse, d'orthopédie, de verres de contact : de la facture détaillée (accompagnée du devis préalable),
- pour les frais d'hospitalisation : de la facture détaillée de l'établissement et des notes d'honoraires acquittées, si suppléments d'honoraires, pour les frais d'hospitalisation.

Toute demande de remboursement doit porter les références de l'adhérent principal. Toutes les prestations sont versées à l'adhérent, hors tiers payant, sur un compte bancaire ou postal indiqué par l'adhérent et unique par foyer. Les demandes de prestations doivent être adressées à l'organisme assureur dans un délai maximum de 2 ans à compter de la date des soins, pour donner lieu à remboursement.

Le versement des prestations sera effectué par virement sur le compte bancaire sur lequel est effectué le prélèvement des cotisations.

ARTICLE 14 - RÉVISION DES GARANTIES

Les garanties du contrat sont établies en fonction de la législation et de la réglementation de la Sécurité sociale en vigueur au moment de sa prise d'effet. Elles pourront être révisées sans délai, en tout ou partie, en cas de changement de ces textes.

Jusqu'à la date d'effet des nouvelles conditions, les garanties resteront acquises sur la base de la réglementation de la Sécurité sociale en vigueur avant sa révision. Les éventuelles conséquences financières du ou des changement(s) seront mises à la charge des bénéficiaires.

ARTICLE 15 - LE CONTRÔLE MÉDICAL

L'organisme assureur peut faire procéder à un contrôle médical tout assuré demandant des prestations notamment pour les garanties Dentaire ou Optique. **En cas de refus de l'assuré de répondre à ce contrôle, le paiement des prestations sera refusé.**

ARTICLE 16 - FACULTÉ DE RÉTRACTATION

L'adhérent peut renoncer à son adhésion au présent contrat dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la date d'effet du contrat. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à Malakoff Médéric ADV - RACH/ H2 - 4 rue de la Redoute 78288 GUYANCOURT, suivant le modèle suivant :

"Je soussigné (Nom et prénom de l'adhérent), demeurant à (domicile de l'adhérent) déclare renoncer à la souscription au contrat Peps Individuel n°... et demande le remboursement des cotisations versées. Je m'engage à rembourser le montant des prestations qui m'ont été versées..

Fait à....., le.....signature. »

Le remboursement intégral de la cotisation versée sera effectué dans les 30 jours suivant réception de ce courrier par l'organisme assureur. Toutefois, si des prestations ont été accordées, les sommes perçues par les assurés devront être restituées préalablement et intégralement à l'organisme assureur.

ARTICLE 17 - LES CONSÉQUENCES DE LA RÉSILIATION DU CONTRAT

La résiliation, quelle qu'en soit la cause, entraîne à sa date d'effet la cessation des garanties pour tous les assurés définis aux Conditions particulières.

En cas de résiliation, quelle qu'en soit la cause, l'adhérent est débiteur de l'ensemble des cotisations dues avant la date d'effet de la résiliation. En cas de résiliation du contrat par l'adhérent, chaque assuré ayant son propre numéro de Sécurité sociale aura la possibilité de demander le prolongement de ses garanties. Un nouveau contrat sera alors émis.

Pour les adhérents de plus de 74 ans, la résiliation est définitive et empêche l'adhérent de souscrire à nouveau le présent contrat.

ARTICLE 18 - LA PRESCRIPTION

Toutes actions relatives au présent 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 fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque et par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription que sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),
- la demande en justice, même en référé (articles 2241 à 2243 du Code civil),
- un acte d'exécution forcée (articles 2244 à 2246 du Code civil).

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 la mutuelle à l'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

ARTICLE 19 - LE SERVICE CONSOMMATEURS ET LES RÉCLAMATIONS

Pour toutes questions relatives à l'application du présent contrat, l'adhérent ou les assurés peuvent contacter la mutuelle. Pour le cas où la réponse ne donnerait pas satisfaction, l'adhérent peut écrire à :

Malakoff Médéric
Service Consommateurs
21 rue Laffitte, 75317 Paris cedex 9
reclamation-particulier@malakoffmederic.com

ARTICLE 20 - L'ORGANISME DE CONTRÔLE

La mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 61 rue Taitbout, 75009 Paris.

ARTICLE 21 - LA SUBROGATION

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'assuré victime d'un accident contre les tiers responsables, que la responsabilité du tiers soit entière ou partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses exposées par la mutuelle à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

ARTICLE 22 : INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Conformément à la loi « informatique et Libertés », les assurés peuvent obtenir communication et, le cas échéant, rectification de toute information les concernant qui figurent sur les fichiers de la mutuelle. Sauf opposition écrite de leur part, ces informations peuvent être communiquées aux organismes du groupe Malakoff Médéric ainsi qu'à leurs filiales et partenaires aux fins de vous informer de leur offre de produits et services.

Pour toute demande à ce sujet, adressez vos courriers à :

Malakoff Médéric
Pôle Informatique et Libertés
21 rue Laffitte - 75317 Paris cedex 9

ou par courriel à :
sgil@malakoffmederic.com

LES GARANTIES D'ASSISTANCE PEPS INDIVIDUEL

(VERSION 08.12)

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

La convention d'assistance présentée ci-après se propose d'apporter aux souscripteurs du contrat PEPS individuel des garanties d'assistance à domicile dans une optique de confiance préalable.

ARTICLE 2 - DÉFINITIONS

Bénéficiaire

L'assuré est le bénéficiaire dans le cadre du contrat PEPS individuel donnant droit aux garanties d'assistance à domicile et d'informations téléphoniques auprès d'Auxia Assistance.

Aidant

L'aidant est l'adhérent agissant pour le compte de ses ascendants dépendants.

Territorialité

Les garanties sont accordées en France métropolitaine et dans la principauté de Monaco uniquement, au domicile de l'assuré.

Domicile

Le domicile est le lieu de résidence principal et secondaire de l'assuré. Il est situé en France métropolitaine (ou principauté de Monaco). Les prestations prévues ne sauraient être déployées en l'état dans les DOM-TOM.

Équipe médicale

L'équipe médicale est une équipe pluridisciplinaire de l'assistante composée de professionnels de santé et organisée autour de médecins conseil.

Définition de l'état de perte d'autonomie

L'état de perte d'autonomie reconnu au titre des garanties d'assistance, se caractérise par la situation définie ci-dessous. Cet état doit être consolidé et permanent et être reconnu par le médecin conseil de l'assistante.

Est considéré comme étant en état de perte d'autonomie au titre des garanties d'assistance, l'assuré satisfaisant à l'une des conditions suivantes :

Être reconnu en situation de perte d'autonomie selon la grille AGGIR dans les groupes iso-ressources 1, 2 ou 3 :

- Le GIR 1 comprend les personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, nécessitant une présence continue d'intervenants,
- Le GIR 2 est composé de deux sous groupes :
 - d'une part, les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des actes de la vie courante,
 - d'autre part, celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui conservent leurs capacités motrices,
- Le GIR 3 regroupe les personnes ayant conservé leur autonomie mentale et partiellement, leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle.

Besoin de répit

État de l'adhérent le rendant momentanément incapable d'assumer sa charge d'aidant. Il existe deux répits : d'urgence et programmé. Il peut être consécutif à :

- une maladie imprévue de l'adhérent le mettant dans l'impossibilité d'assumer les tâches d'aide à son parent assuré dépendant et dont il était habituellement responsable,
- une immobilisation imprévue de l'adhérent le mettant dans l'impossibilité d'assumer les tâches d'aide à son parent assuré dépendant et dont il était habituellement responsable,
- un état d'épuisement psychologique et physique de l'adhérent justifiant un besoin de répit.

Cet état est évalué par l'équipe médicale de l'assistante sur la base d'un entretien avec l'adhérent, étant entendu qu'elle se réserve la faculté de réclamer tout justificatif médical et de prendre contact avec son médecin traitant.

ARTICLE 3 - LES GARANTIES

3.1 Aide ménagère

En cas d'hospitalisation de plus de 2 jours consécutifs de l'assuré ou de son conjoint, l'assistante met une aide ménagère à leur disposition :

- s'il y a lieu, dès le premier jour afin de venir en aide aux proches demeurant au domicile,
- ou à leur retour au domicile.

En cas d'immobilisation au domicile de plus de 5 jours consécutifs de l'assuré ou de son conjoint, l'assistante met une aide ménagère à leur disposition à compter du 1^{er} jour.

L'assistante prend en charge le coût de cette garantie pour un maximum de 2 heures par jour d'immobilisation, dans la limite de 30 heures, réparties sur une période de 1 mois.

Cette garantie s'applique également en cas de décès de l'un des bénéficiaires avec les mêmes modalités décrites ci-dessus et à partir du jour du décès;

3.2 Présence d'un proche au chevet d'un patient bénéficiaire

En cas d'hospitalisation de plus de 2 jours consécutifs ou d'immobilisation au domicile de plus de 5 jours consécutifs d'un patient bénéficiaire :

- l'assistante organise et prend en charge en France métropolitaine le déplacement aller-retour d'un proche désigné par le bénéficiaire, en train 1^{re} classe ou avion de ligne, classe économique, à compter du 1^{er} jour,
- l'assistante organise également et prend en charge son hébergement pour 2 nuits, petits-déjeuners inclus, à concurrence de 92 € au total.

3.3 Prise en charge des ascendants

En cas d'hospitalisation immédiate de l'assuré ou de son conjoint ou d'immobilisation au domicile de plus de 5 jours consécutifs et lorsque leurs ascendants vivant au domicile sont en état de perte d'autonomie au sens de la définition ci-dessus, l'assistante organise dès le premier jour de l'événement l'une des garanties suivantes :

- le déplacement aller et retour en France métropolitaine d'un proche, désigné par l'assuré ou son conjoint, susceptible de s'occuper des ascendants au domicile (billet de train 1^{re} classe ou avion de ligne classe économique) ;
- le déplacement aller et retour des ascendants en France métropolitaine au domicile d'un proche désigné par l'assuré ou son conjoint, en train 1^{re} classe ou avion de ligne classe économique ;
- ou leur garde à domicile dans la limite de 30 heures, réparties sur 1 mois à compter de la date d'hospitalisation.

Ces garanties sont prises en charge par l'assistante. Elles s'appliquent immédiatement en cas de décès de l'un des bénéficiaires.

3.4 Prise en charge des enfants de moins de 16 ans

Lorsque l'hospitalisation immédiate et imprévue d'un assuré ou de son conjoint ou une immobilisation au domicile de plus de 5 jours consécutifs ne leur permet pas de s'occuper de leurs enfants, l'assistante organise et prend en charge dès le premier jour de l'événement l'une des garanties suivantes :

3.4.1 Le déplacement d'un proche qu'il aura désigné

Déplacement aller et retour en France métropolitaine d'un proche pour les garder au domicile (billet de train 1^{re} classe ou d'avion de ligne, classe économique).

3.4.2 Le transfert des enfants

Le voyage aller et retour en France métropolitaine des enfants, ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, en train 1^{re} classe ou en avion de ligne classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir. En cas de nécessité ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, l'assistante organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires conventionnés.

3.4.3 La conduite à l'école et le retour au domicile des enfants

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, l'assistante organise et prend en charge la conduite à l'école et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires, deux fois par jour, dans la limite de 5 journées, réparties sur une période de 1 mois.

3.4.4 La garde des enfants

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, l'assistante organise et prend en charge :

- le transfert et la garde des enfants chez une assistante maternelle dans la limite de 30 heures réparties sur 1 mois à compter de la date de l'événement,
- s'il y a lieu, la garde des enfants au domicile par un intervenant autorisé, dans la limite de 30 heures, réparties sur 1 mois à compter de la date de l'événement. Cette garantie peut être complétée par l'accompagnement aller et retour des enfants à l'école. Cette garantie s'applique immédiatement en cas de décès de l'un des bénéficiaires.

3.5 Garde des enfants malades

En cas d'immobilisation de plus de 2 jours consécutifs des enfants malades au domicile, afin de ne pas pénaliser les parents lorsqu'ils travaillent tous les deux, l'assistante organise et prend en charge dès le 1^{er} jour de l'événement :

3.5.1 Le déplacement d'un proche

Le déplacement aller et retour en France métropolitaine d'un proche désigné par l'assuré au chevet de l'enfant, en train 1^{re} classe ou avion de ligne classe économique.

3.5.2 La garde des enfants

Dans l'hypothèse où la précédente garantie ne trouverait pas à s'appliquer, la garde des enfants malades, dans la limite de 30 heures, réparties sur 1 mois à compter de la date de la maladie selon situation.

3.6 Garde des petits-enfants malades (enfants de moins de 16 ans)

Lorsque l'hospitalisation immédiate et imprévue d'un assuré ou de son conjoint ou une immobilisation au domicile de plus de 5 jours consécutifs ne leur permettent pas de s'occuper de leurs petits-enfants présents au domicile, l'assistant organise et prend en charge dès le 1^{er} jour de l'événement :

3.6.1 Le déplacement d'un des parents des enfants (exclusivement)

Le déplacement aller et retour en France métropolitaine d'un des parents des enfants pour les garder au domicile des grands-parents (billet de train 1^{re} classe ou classe économique)

3.6.2 Le transfert des petits-enfants

Le voyage aller et retour en France métropolitaine des petits-enfants, ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, en train 1^{re} classe ou avion de ligne, classe économique, auprès de leurs parents. L'assistant organise et prend en charge l'accompagnement des petits-enfants par l'un des prestataires conventionnés.

3.7 La garde des petits-enfants (enfants de moins de 16 ans)

Dans l'hypothèse où les précédentes garanties ne trouveraient pas à s'appliquer, l'assistant organise et prend en charge :

- le transfert et la garde des petits-enfants chez une assistante maternelle dans la limite de 30 heures réparties sur 1 mois à compter de la date de l'événement ;
- s'il y a lieu, la garde des petits-enfants au domicile par un intervenant autorisé, dans la limite de trente heures, réparties sur un mois à compter de la date de l'événement. Cette garantie s'applique immédiatement en cas de décès de l'assuré ou de son conjoint.

3.8 Soutien pédagogique

Si, à la suite d'un accident ou en raison d'une maladie imprévue, un enfant est immobilisé au domicile pour une durée minimale de 14 jours consécutifs, l'assistant organise et prend en charge son soutien pédagogique jusqu'à la reprise des cours. Cette garantie s'applique pendant l'année scolaire en cours, pour les enfants du primaire au secondaire. Il s'agit de cours particuliers (matières principales) donnés au domicile de l'enfant, jusqu'à 3 heures par jour ouvrable, hors vacances scolaires.

Pour toutes les prestations concernant les enfants et petits-enfants :

La personne envoyée au domicile de l'enfant bénéficiaire prendra et quittera ses fonctions en présence d'un parent.

Délais de mise en place :

Dès réception de votre appel, l'assistant met tout en œuvre, sauf cas de force majeure, afin que l'intervenant soit au domicile du bénéficiaire le plus rapidement possible. Toutefois, l'assistant se réserve un délai de prévenance de 5 heures, comptées à l'intérieur des heures de service, afin de rechercher et d'acheminer la personne qui assurera la garde de l'enfant.

3.9 Transfert et garde d'animaux domestiques familiers

L'assistant organise et prend en charge le transport et/ou l'hébergement des animaux vivant au domicile du bénéficiaire, dans la limite de 1 mois si le bénéficiaire est hospitalisé plus de 2 jours consécutifs ou immobilisé au domicile plus de 5 jours consécutifs. Uniquement les chiens et chats à jour de vaccination et identifiés (puçage, tatouage). À cet effet, il pourra être demandé le passeport européen et le carnet de santé* de l'animal.

* Le Passeport européen et le carnet de santé

Le Passeport européen est un document officiel délivré, par un vétérinaire, contenant toutes les informations d'identification et de vaccination de l'animal.

Le carnet de santé est délivré par le vétérinaire et comprend notamment les informations suivantes : le nom de l'animal, sa date de naissance, sa race, le numéro de tatouage et les signes particuliers de l'animal.

3.10 En cas de maternité

En cas d'hospitalisation pour maternité de plus de 5 jours consécutifs, de grossesse multiple (développement d'au moins deux fœtus in utero), ou d'immobilisation de plus de 5 jours consécutifs, l'assistant met à la disposition du bénéficiaire ou du conjoint une aide ménagère. Cette garantie est accordée pendant la durée du traitement, dans la limite de 30 heures, selon la situation (environnement familial, pathologie).

Sur la base des mêmes critères liés à la maternité, les garanties relatives suivantes sont également applicables :

- la recherche et réservation d'un lit d'hôpital,
- la présence d'un proche,
- le transfert des enfants,
- le transfert des petits-enfants,
- le déplacement d'un proche,
- la garde des enfants,
- la garde des petits-enfants,
- la conduite à l'école.

3.10.1 Aide aux soins du bébé

L'assistant prend en charge la visite d'une auxiliaire de puériculture au domicile du bénéficiaire à concurrence de 8 heures au maximum dans la semaine (5 jours ouvrés) qui suit la sortie de maternité pour l'aider à s'organiser et lui rappeler les principes essentiels relatifs aux soins et à la santé du bébé.

3.10.2 Écoute psychologique

L'assistant peut mettre le bénéficiaire en relation avec un psychologue clinicien à raison de 3 entretiens téléphoniques dans les 2 semaines qui suivent la sortie de maternité. L'assistant prend en charge ces 3 entretiens téléphoniques. L'assistant se charge également, si la personne le souhaite, de la mettre en relation avec un psychologue proche de son domicile. Les frais de consultation sont alors à la charge de la bénéficiaire.

3.10.3 Informations Prévention & Alimentation

L'équipe médicale de l'assistant communique au bénéficiaire des informations et conseils spécialisés en matière de nutrition et de prévention en cas de maternité (prévention, calendrier vaccinal, vitamines, apports journaliers, habitudes alimentaires, tabagisme, alcool...) de 8h à 19h, du lundi au vendredi.

3.11 Cas de radiothérapie ou de chimiothérapie

En cas de nécessité de traitement médical entraînant des séances de radiothérapie ou de chimiothérapie en établissement hospitalier ou à domicile, l'assistant met à la disposition du bénéficiaire une aide ménagère.

Cette garantie est accordée pendant la durée du traitement, dans la limite de 30 heures par cure, selon la situation (environnement familial, pathologie).

Les garanties relatives à la prise en charge des enfants de moins de 16 ans et à la prise en charge des ascendants sont également applicables.

3.12 Transmissions des messages urgents

Si le bénéficiaire est dans l'impossibilité matérielle de transmettre un message urgent et s'il en fait la demande, l'assistant se charge de transmettre gratuitement, par les moyens les plus rapides, les messages ou nouvelles émanant du bénéficiaire vers les membres de sa famille, ses proches ou son employeur. L'assistant peut également servir d'intermédiaire en sens inverse. Les messages restent sous la responsabilité de leurs auteurs qui doivent pouvoir être identifiés et n'engagent qu'eux, l'assistant ne jouant que le rôle d'intermédiaire pour leur transmission.

3.13 Garanties complémentaires

3.13.1 Recherche d'un médecin

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant, et dès lors que l'événement ne relève pas de l'urgence, l'assistant peut aider le bénéficiaire à rechercher un médecin.

3.13.2 Recherche et envoi d'une infirmière

De la même façon, l'assistant peut, sur prescription médicale, aider le bénéficiaire à rechercher une infirmière au domicile du bénéficiaire.

3.13.3 Livraison de médicaments

En cas d'incapacité temporaire à se déplacer du bénéficiaire à la suite d'un accident ou d'une maladie subite au domicile, l'assistant organise et prend en charge la recherche et l'acheminement des médicaments prescrits par le médecin traitant. Le coût des médicaments reste à la charge du bénéficiaire. L'assistant n'est pas responsable des prescriptions médicales fournies.

3.13.4 Recherche d'une place dans un milieu hospitalier

Sur demande du bénéficiaire et sur prescription médicale, l'équipe médicale de l'assistant recherche, dans la mesure des disponibilités et dans les meilleurs délais, une place dans tout service hospitalier dans des établissements privés ou publics situés dans un rayon de 50 km autour du domicile du bénéficiaire.

3.13.5 Transports en ambulance

Hors urgence médicale, l'assistant organise, sur prescription médicale, le transport du bénéficiaire par ambulance ou véhicule sanitaire léger, entre son domicile et un établissement de soins de son choix, proche de son domicile et médicalement adapté. Si son état de santé le nécessite, l'assistant organise son retour au domicile par l'un de ces moyens. Les frais de transport demeurent à la charge du bénéficiaire.

3.14 Informations générales

L'assistant met à la disposition des bénéficiaires un service de renseignements téléphoniques accessible de 8h à 19h et 7 jours sur 7.

Toutes les questions ou demandes ne pourront engendrer forcément de réponse immédiate. Selon les cas, l'assistant devra se documenter ou effectuer des recherches et rappeler le bénéficiaire afin de lui communiquer les renseignements nécessaires.

Les renseignements fournis sont d'ordre documentaire et la responsabilité de l'assistant ne pourra en aucun cas être engagée dans le cas d'une interprétation inexacte des informations transmises.

3.14.1 Démarches administratives et sociales

À la suite d'une maladie ou d'un accident corporel survenu au bénéficiaire et sur simple appel téléphonique de son domicile, l'assistant s'efforce d'orienter les appelants vers les services appropriés, ou de rechercher et communiquer les informations suivantes*, du lundi au vendredi de 8 h à 19 h, en dehors des jours fériés.

* Ouverture des droits (remboursements de frais médicaux, indemnités journalières, rentes et pensions d'invalidité). Démarches auprès de l'employeur, des caisses d'allocations familiales, de l'aide sociale, de l'aide aux handicapés.

3.14.2 Informations documentaires à caractère médical

Hors urgence médicale et en l'absence du médecin traitant, des conseils médicaux, liés à un accident corporel ou à une maladie à domicile, peuvent être prodigués par les médecins de l'assistant. Ces conseils ne pourront cependant être considérés comme des consultations médicales.

3.14.3 Information décès

L'assistant peut également apporter toutes les informations utiles aux proches vivants au domicile : dispositions à prendre, démarches relatives aux dons d'organes, à la crémation, à la succession...).

3.15 Informations téléphoniques spécifiques

L'assistant met à la disposition des bénéficiaires un service de renseignements téléphoniques accessible de 8h à 19h et 7 jours sur 7.

Toutes les questions ou demandes ne pourront engendrer forcément de réponse immédiate. Selon les cas, l'assistant devra se documenter ou effectuer des recherches et rappeler le bénéficiaire afin de lui communiquer les renseignements nécessaires.

Les renseignements fournis sont d'ordre documentaire et la responsabilité de l'assistant ne pourra en aucun cas être engagée dans le cas d'une interprétation inexacte des informations transmises.

3.15.1 Informations, conseils maternité

L'équipe médicale de l'assistant communique au bénéficiaire des informations et conseils spécialisés portant sur tous domaines en rapport avec la maternité (avant et après accouchement) et susceptibles d'intéresser les futurs parents dans le domaine administratif et social, médical, paramédical et organisationnel de 8h à 19h, du lundi au vendredi. Elle donne tout renseignement d'ordre général dans les domaines suivants :

Informations sociales et juridiques :

habitation – (acquisition, construction, financement, bail, congés, aide au logement), impôts – (fiscalité, calcul de l'impôt), assurance vie, famille, la grossesse, l'adoption, l'éducation des enfants, prévoir sa succession, les handicaps. Prestations familiales (allocations familiales, allocations logement, allocation de naissance, aide à la garde d'enfant, complément familial, allocation de parent isolé), Sécurité sociale et indemnités journalières, incidence fiscale en fonction du statut matrimonial, congés parentaux (congé maternité, congé paternité), assurance maternité du régime général, protection de la femme enceinte, les établissements maternels. La filiation (légitime, naturelle, adoptive) reconnaissance et légitimation, autorité parentale, droit du nom (patronyme), droit de la nationalité, allocation alimentaire et obligations alimentaires.

Informations médicales et paramédicales :

- La grossesse : les consultations obligatoires, les 3 échographies, la péridurale, l'épisiotomie, la radiopelvimétrie, l'amniocentèse, la choriocentèse, la grossesse extra-utérine, le placenta praevia, la toxoplasmose, facteur rhésus et incompatibilité materno-fœtal, la rubéole.
- L'accouchement : signes précurseurs, la césarienne, l'accouchement après terme.
- Le nourrisson : allaitement, sevrage, évolution et développement (sommeil, tonus, préhension) développement psychomoteur et affectif du nourrisson, les maladies du nourrisson (érythèmes, méningite, bronchiolite), dentitions, maladies du nourrisson.
- Information organisationnelle : assistance maternelle, garde à domicile, crèche.

3.15.2 Information bien-être & bien vieillir

Sur simple appel téléphonique du bénéficiaire ou de l'un de ses proches, l'équipe médicale de l'assistant répond aux questions par téléphone de 8h à 19h, et conseille dans les limites préconisées par le Conseil de l'Ordre des Médecins dans les domaines suivants :

La vie pratique :

l'assistant met à la disposition du bénéficiaire un service téléphonique de vie pratique. Toutes les questions ou demandes ne pourront engendrer forcément de réponse immédiate. Selon les cas, l'assistant devra se documenter ou effectuer des recherches et rappeler le bénéficiaire afin de lui communiquer les renseignements nécessaires. Les renseignements fournis sont d'ordre documentaire et la responsabilité de l'assistant ne pourra en aucun cas être engagée dans le cas d'une interprétation inexacte des informations transmises. Les thèmes sont les suivants :

Information sociale :

les régimes de protection sociale, les salariés, les fonctionnaires, les commerçants, artisans, professions libérales, les agriculteurs, l'assurance maladie/maternité, l'assurance vieillesse invalidité/décès, les prestations familiales, les accidents du travail.

Informations sur la famille - mariage - divorce - succession : les régimes matrimoniaux, la grossesse et la naissance, l'adoption, l'éducation des enfants, l'émancipation des mineurs, l'union libre, le divorce, prévoir sa succession, le décès, les handicapés.

Informations, conseils médicaux et nutrition :

vaccinations, diététique, hygiène de vie, alimentation, préparation aux voyages, maladies du troisième âge, réactions aux médicaments et conseils sur la compatibilité de plusieurs médicaments associés dans un même traitement, information sur les services spécialisés des hôpitaux publics, informations après examens médicaux (normes, conséquences...).

Prévention & dépistage :

L'équipe médicale de l'assistant communique au bénéficiaire des informations et conseils médicaux et paramédicaux de 8h à 19h, du lundi au vendredi.

Elle donne tout renseignement d'ordre général dans les domaines suivants :

- Prévention : vaccination, allergies, diététique, prévention bucco-dentaire, dépistage, prévention des maladies graves
- Mode de vie : facteurs de risques, hygiène de vie (tabac, alcool, drogues, pollution, alimentation, sports, stress).
- Techniques nouvelles : soins palliatifs, chirurgie ambulatoire, médecines douces, transplantations, greffes.
- Examens médicaux : les différents examens, analyses (radiologie, biologie, scanners, IRM, échographies, scintigraphies).
- Données administratives : aides au maintien au domicile des personnes âgées, prise en charge de la perte d'autonomie, structures d'accueil médicalisées.
- Coordonnées utiles : centres de consultation, établissements spécialisés (rééducation, désintoxication, thermalisme...), associations de patients.

L'intervention du médecin, du chirurgien-dentiste, de l'opticien ou du diététicien se limitera à donner des informations objectives. L'objet du service n'est en aucun cas de délivrer une consultation médicale ou paramédicale téléphonique personnalisée ou de favoriser une automédication. Si telle était la demande, l'assistant conseillerait au bénéficiaire de consulter son médecin traitant ou son chirurgien-dentiste ou son opticien ou son diététicien.

La situation de la perte d'autonomie :

informations et conseils « perte d'autonomie » : l'assistant met à la disposition des adhérents un service de renseignements téléphoniques accessible de 8h à 19h du lundi au vendredi. Selon les cas, l'assistant devra se documenter ou effectuer des recherches et rappeler l'adhérent afin de lui communiquer les renseignements attendus. Les renseignements fournis sont d'ordre documentaire et la responsabilité de l'assistant ne pourra en aucun cas être engagée du fait de l'interprétation des informations transmises. Les thèmes sont les suivants :

Informations administratives et sociales :

aides disponibles, associations œuvrant dans le domaine de la perte d'autonomie, législation des tutelles (la capacité juridique), succession, décès, contrats obsèques, fiscalité, exonérations, charges à déduire, calcul de l'impôt, habitation, aménagement et matériels spécifiques, démarches à entreprendre.

3.16 Aidant :

3.16.1 Aide à la recherche de centres spécialisés :

À la demande de l'assuré aidant, l'assistant met à sa disposition un service d'aide à la recherche de Centres Spécialisés tels que : les maisons de retraite, les maisons de repos, les maisons de repos et de soins, les résidences service, les centres de soins, les centres spécialisés Alzheimer, ...

L'assistant communique à l'adhérent la liste des 3 établissements susceptibles de répondre au mieux à ses exigences, et fournit toute information nécessaire concernant les prix, les délais d'attente, la disponibilité de places, la distance au domicile, les spécificités de l'établissement.

3.16.2 Aide à la recherche et transport vers des centres d'accueil temporaire

À la demande de l'aidant, l'assistant met à sa disposition un service d'aide à la recherche de centres d'accueil temporaires tels que : les centres de court séjour, les centres d'accueil de jour. Après sélection du centre approprié par l'adhérent, l'assistant organise le transport de l'assuré dépendant vers l'établissement choisi. L'assistant ne prend pas en charge le coût de la prestation.

3.16.3 Assistance psychologique par téléphone

À la demande de l'adhérent, l'assistant organise et prend en charge une assistance psychologique par téléphone avec un spécialiste, du lundi au vendredi, de 8h à 19h dans la limite de trois entretiens de 30 minutes par année civile.

3.16.4 Informations médicales par téléphone

Santé au quotidien : informations médicales relatives à la perte d'autonomie et au grand âge, hygiène de vie, aménagement de l'habitat, pathologies : informations, prévention des maladies graves, techniques nouvelles, examens médicaux, médicaments.

ARTICLE 4 - CONDITIONS GÉNÉRALES D'APPLICATION

Validité des garanties

Les garanties du présent protocole sont acquises dans les conditions fixées ci-après : Elles sont acquises pendant la durée de validité de l'adhésion au contrat PEPS individuel. Elles prennent effet à la date d'entrée en garantie d'assistance et cessent leurs effets de plein droit à la date de radiation de l'adhérent ou à la date de résiliation du présent protocole.

Malakoff Médéric Assistance intervient 24h/24 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires. Les garanties sont mises en œuvre par Auxia Assistance ou en accord préalable avec elle. Cette convention comporte un ensemble de garanties qui trouvent à s'appliquer au cours des multiples difficultés de santé que peuvent rencontrer les bénéficiaires dans leur vie quotidienne. Elle n'a pas pour autant vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale, ni l'intervention des services d'urgence. L'application de ces garanties est appréciée par l'assistant, pour ce qui concerne leur durée et le montant de leur prise en charge, en fonction de la nature et de la gravité

de l'événement ainsi que de la gêne et du préjudice occasionnés au patient et à son entourage.

L'assistant ne sera tenu d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur. En cas de déclaration mensongère du bénéficiaire ou de non remboursement d'une avance de frais, les faits seront portés à la connaissance de l'assistant. L'assistant réclamera s'il y a lieu au bénéficiaire le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ce comportement.

Faits générateurs

Les garanties décrites ci-dessus s'appliquent en cas d'accident corporel ou de maladie imprévue survenant à l'un des bénéficiaires, que cet événement se traduise par une hospitalisation ou par une immobilisation au domicile. Ces garanties s'appliquent également en cas de décès, dans les conditions définies ci-dessus.

Pièces justificatives

L'assistant se réserve le droit de demander la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès...).

Important

En cas d'urgence le premier réflexe doit être l'appel aux services de secours publics : centre 15 - SAMU, pompiers ou au médecin traitant. L'assistant peut, en dernier lieu, conseiller le bénéficiaire quant à la nature des intervenants qu'il convient d'appeler.

Les garanties de Malakoff Médéric Assistance ne doivent aucunement se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

Mise en jeu des garanties

Seules les garanties organisées par ou en accord avec l'assistant sont prises en charge. L'assistant intervient dans le cadre fixé par les lois et règlements nationaux et internationaux.

Déchéance des garanties

Le non-respect par le bénéficiaire de ses obligations envers l'assistant en cours de contrat entraîne la déchéance de ses droits tels que prévus au présent protocole.

ARTICLE 5 - CONDITIONS RESTRICTIVES D'APPLICATION

Comportement abusif

Lorsque le comportement d'un bénéficiaire sera jugé abusif par l'assistant, les faits incriminés seront portés à la connaissance de l'assistant et l'assureur. L'assistant réclamera s'il y a lieu le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ce comportement.

Responsabilité

L'assistant ne peut être tenu pour responsable d'un quelconque dommage à caractère professionnel ou commercial, subi par un bénéficiaire à la suite d'un incident ayant nécessité l'intervention des services d'assistance.

L'assistant ne peut se substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche, et ne prend pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention sauf stipulation contractuelle contraire.

Circonstances exceptionnelles

L'assistant ne peut être tenu pour responsable des retards ou empêchements dans l'exécution des garanties d'assistance du présent protocole, en cas de grève, d'émeute, de mouvement populaire, de repréailles, de restriction à la libre circulation, de sabotage, de terrorisme, de guerre civile ou étrangère, de dégagement de chaleur, d'irradiation ou d'effet de souffle provenant de la fission ou de la fusion de l'atome, de radioactivité ou de tout autre cas fortuit ou de force majeure.

ARTICLE 6 : CADRE JURIDIQUE

Loi informatique et libertés

Dans le cadre du contrôle de la qualité des services rendus, les conversations téléphoniques entre les bénéficiaires et les services de l'assistant pourront être enregistrées.

Conformément à la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de rectification et, le cas échéant, de suppression de toute information le concernant figurant dans nos fichiers, en s'adressant à : sgil@malakoffmederic.com ou à Malakoff Médéric Pôle Informatique et Libertés - 21 rue Laffitte - 75317 Paris Cedex 9.

Subrogation

L'assistant est subrogé dans les droits et actions de toute personne physique ou morale, bénéficiaire de tout ou partie des garanties d'assurance et/ou d'assistance figurant au présent protocole, contre tout tiers responsable de l'événement ayant déclenché son intervention à concurrence des frais engagés par elle en exécution du présent protocole.

Prescription

Toutes actions dérivant du présent protocole sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions définies par les articles L 114-1 et L 114-2 du Code des assurances.

Règlement des litiges

Tout litige se rapportant au présent protocole et qui n'aura pu faire l'objet d'un accord amiable entre les parties sera porté devant la juridiction compétente.

ARTICLE 7 - EXCLUSIONS

Outre les exclusions précisées dans le texte du présent protocole, sont exclus du champ d'application du protocole :

- les dommages provoqués par la guerre étrangère ou civile, les émeutes et les mouvements populaires, un acte de terrorisme ou de sabotage,
- les dommages provoqués intentionnellement par l'assuré, ceux résultant de sa participation à un crime ou à un délit intentionnel ou conséquence de sa participation volontaire à une rixe, à un pari ou à un défi,
- la conséquence de maladies ou accidents causés intentionnellement ou qui résultent d'un suicide, d'une tentative de suicide, ou d'une mutilation volontaire,
- les conséquences de l'usage de drogues, stupéfiants ou produits médicamenteux non prescrits par un médecin,
- les séjours en maison de rééducation, sauf en cas de rééducation fonctionnelle et motrice à la suite d'un accident ou d'une intervention chirurgicale,
- les sinistres résultant de tremblements de terre, cataclysmes, ou catastrophes naturelles,
- les sinistres résultant de l'explosion d'un engin ou partie d'engin destiné à exploser par suite de transmutation du noyau de l'atome,
- les sinistres dus à des radiations ionisantes émises de façon soudaine et fortuite par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs provenant de réacteurs et ayant contaminé les alentours de cette source d'émission (que celle-ci soit fixe ou en déplacement) à tel point que dans un rayon de plus d'un kilomètre, l'intensité de rayonnement mesurée au sol vingt quatre heures après l'émission, dépasse un roentgen par heure,
- tous les autres sinistres dus à des radiations ionisantes auxquelles les victimes seraient exposées, fût-ce par intermittence, en raison et au cours de leur activité professionnelle habituelle,
- les frais n'ayant pas fait l'objet d'un accord de prise en charge de nos services matérialisé par la communication d'un numéro de dossier au bénéficiaire.

