



malakoff médéric

CONDITIONS GÉNÉRALES GARANTIES D'ASSISTANCE PEPS INDIVIDUEL 2 (VERSION 01.16)



CONDITIONS GÉNÉRALES PEPS INDIVIDUEL

(VERSION 01.16)

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 de la Demande d'adhésion, des présentes Conditions générales valant Fiche d'information au sens de l'article L.221-4 du Code de la mutualité, et des Conditions particulières. Il ouvre droit aux Garanties d'assistance régies par des dispositions spécifiques.

L'Adhérent, tel que défini à l'article 4, devient Membre participant 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 par l'Assemblée Générale de Malakoff Médéric Mutuelle et portés à la connaissance du Membre participant.

La Mutuelle utilisera la langue française pendant toute la durée de l'adhésion. Si le participant utilise un mode d'adhésion à distance (réponse à un mailing, Internet, téléphone), la présente offre est valable 1 mois à compter de sa communication (date de connexion sur le site, date d'envoi du mailing ou des documents à la suite d'un échange téléphonique) sauf si l'offre à distance stipule spécifiquement un autre délai de validité. Le coût de la communication téléphonique et les frais d'affranchissement de la Demande d'adhésion ou tout autre document nécessaire à l'adhésion, sont à la charge de l'Adhérent.

En cas de modification de ce cadre juridique et fiscal, l'adhésion en cours se verra appliquer les nouvelles modalités.

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 complète, signée et datée. 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. La Mutuelle 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, sauf pour la formule Économique 1 où cette limite est portée à moins de 85 ans.

La Mutuelle

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 (sauf en cas de souscription au seul bénéfice de mineurs non émancipés qui ne peuvent être affiliés au contrat collectif obligatoire de leur représentant légal) ;
- aux Assurés, ayants droit de l'Adhérent, 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 L.515-1 à 515-7 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'Adhérent 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 L.381-5 du Code de la sécurité sociale, soit sont considérés par la Sécurité sociale comme ayants droit de l'Adhèrent, de son conjoint, son concubin, ou de la personne liée à l'Adhèrent 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'Adhèrent sera assimilée à une démission de l'ensemble du groupe familial.

Les ayants droit, bénéficiaires du contrat, sont ceux déclarés comme tels lors de l'adhésion. La liste des ayants droit bénéficiaires ne pourra être modifiée ultérieurement, sauf en cas de changement de la situation de l'Adhèrent ou des Assurés dans les conditions prévues aux articles 6.2 et 6.3.

ARTICLE 6 - LES OBLIGATIONS DE L'ADHÉRENT

6.1 - Les formalités d'adhésion

L'Adhèrent 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'Adhèrent 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'Adhèrent 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'Adhèrent 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. Pendant ce délai de carence, décompté à partir de la date d'effet du contrat, une prise en charge à hauteur du ticket modérateur est toutefois assurée.
- des garanties « Hospitalisation » pour la formule Économique 1 entrant en vigueur à l'issue d'un délai de carence de 3 mois. Ce délai est porté à 9 mois pour la maternité. Ce délai de carence n'est pas applicable pour les prises en charge d'une hospitalisation consécutive à un accident.

Lorsque l'Adhèrent modifie sa formule de garantie en cours d'adhésion, il n'est pas appliqué de nouveau délai de carence.

Par exception, le délai de carence n'est pas applicable :

- lorsque l'Adhèrent 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'Adhèrent doit fournir, à l'adhésion, un certificat de radiation de son ancien contrat ainsi que le détail des prestations dont il était bénéficiaire.
- lorsque l'Adhèrent modifie sa formule de garantie en cours d'adhésion.

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 dudit 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 la Mutuelle 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, ou du régime Alsace-Moselle.

Toutefois des prestations peuvent être prévues pour certains actes non remboursés par ces régimes. Ces prestations sont alors expressément mentionnées au tableau de garanties et rappelées aux Conditions particulières.

Ainsi, les garanties sont acquises :

- aux Assurés résidant en France et exerçant leur activité sur le territoire français ;
- aux Assurés résidant en France et exerçant leur activité professionnelle à l'étranger dans le cadre d'un déplacement professionnel de moins de trois mois ou à l'occasion d'un détachement ;
- aux Assurés résidant à l'étranger et exerçant leur activité professionnelle sur le territoire français.

Dans tous les cas, ces garanties s'exercent également au bénéfice des Assurés en déplacement de moins de trois mois en dehors du territoire français.

La prise en charge lors de séjours occasionnels à l'étranger dont l'objet est pour un Assuré de recevoir des soins médicaux (« tourisme médical ») est exclue.

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'Adhèrent sont précisés dans un tableau figurant aux Conditions particulières, selon le choix de l'Adhèrent parmi les formules, renforts et option proposés.

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, la Mutuelle se conforme à la position de la Sécurité sociale.

4

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

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie. Le bénéficiaire des garanties peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix. Dans tous les cas le total des remboursements perçus ne peut excéder le montant de la dépense réelle.

Le présent contrat relève du dispositif « contrat responsable » (voir Article 7.6), c'est-à-dire qu'il s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif visé aux articles L.871-1 et suivants du Code de la sécurité sociale permettant à certains contrats complémentaires santé de bénéficier d'une aide ou d'une taxe spéciale sur les conventions d'assurance à un taux réduit.

7.4 – Définitions et limites de garanties

Forfaits

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.

Hospitalisation

La prise en charge est réalisée pour une hospitalisation en Médecine, Chirurgie, Obstétrique & Psychiatrie.

La Chirurgie esthétique n'est pas prise en charge par le présent contrat.

En établissement non conventionné, les honoraires sont pris en charge à hauteur du Ticket Modérateur.

Forfait journalier hospitalier

Ce forfait n'est pas pris en charge par le présent contrat dans les établissements médico-sociaux.

Chambre particulière de nuit et de jour

La prise en charge n'est pas assurée dans les établissements non conventionnés et est limitée à 60 jours par an pour les séjours en psychiatrie.

Chambre particulière de jour

Chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

Optique

Dans le respect des critères du contrat responsable exposés à l'article 7.6, nous participons à la prise en charge d'un équipement optique, composé d'une monture et deux verres, tous les deux ans par bénéficiaire. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, la prise en charge est annuelle. Concernant la périodicité de deux ans ou un an selon le cas, il est précisé que :

- celle-ci est appréciée à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge par le contrat,
- en cas de demande de remboursement en deux temps, d'une part la monture et d'autre part les verres, la période pendant laquelle un équipement (verres + monture) peut être remboursé est identique (la période débute à la date d'acquisition du 1^{er} élément de l'équipement),
- l'évolution de la vue permettant de renouveler l'équipement selon une fréquence annuelle s'apprécie, soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du Code de la sécurité sociale (cas de l'adaptation par l'opticien d'une prescription médicale de moins de 3 ans sauf opposition du médecin, dans les conditions visées à l'article L.4362-10 du Code de la santé publique).

En cas d'un double déficit de vision, de près et de loin, un assuré ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux peut bénéficier d'une prise en charge de deux équipements sur une période de 2 ans (ou 1 an en cas d'évolution de la vue telle qu'évoquée précédemment) corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus.

Référencement des verres :

- Pour les adultes, les verres complexes correspondent aux codes LPP suivants de la nomenclature Sécurité sociale : 2212976, 2252668, 2290396, 2291183, 2227038, 2299180, 2280660, 2282793, 2263459, 2265330, 2235776, 2295896, 2284527, 2254868, 2288519, 2299523 et les

verres très complexes aux codes LPP suivants : 2245384, 2295198, 2202239, 2252042.

- Pour les enfants, les verres complexes correspondent aux codes LPP suivants de la nomenclature Sécurité sociale : 2238941, 2268385, 2259245, 2264045, 2240671, 2282221, 2243304, 2243540, 2291088, 2297441, 2248320, 2273854, 2219381, 2283953, 2206800, 2245036 et pour les verres très complexes aux codes LPP suivants : 2202452, 2238792, 2234239, 2259660.

Les verres curvés, polarisants et photochromatiques sont pris en charge sur la base de verres simples, sauf prescription en attestant la nécessité médicale.

Les suppléments liés aux découpes spéciales restent à la charge de l'Assuré.

Dentaire

Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base de la codification de la Sécurité sociale indiquée pour l'orthodontie et sur la base de remboursement de l'acte indiqué sur la ligne pour les soins et les prothèses. En ce qui concerne les prothèses dentaires, si plusieurs dents sont remplacées par une même prothèse conjointe, un seul forfait proratisé est remboursé.

Pour l'ensemble des prestations suivantes :

- Orthodontie remboursée et non remboursée par la Sécurité sociale
- Prothèse dentaire, hors Inlay core, remboursée par la Sécurité sociale,
- Supplément sur dents visibles (incisives et canines, premières prémolaires) pour les prothèses remboursées,
- Couronne non remboursée,
- Inlay core,
- Implantologie,

Un accord de prise en charge de votre Professionnel de Santé doit être délivré par Malakoff Médéric. L'accord s'effectue dans le cadre du Tiers Payant ou en transmettant votre devis à Malakoff Médéric via le formulaire disponible sur votre espace client particulier.

Hors accord de prise en charge, les prestations sont minorées de 20 % comparées aux prestations versées sur accord de prise en charge.

En implantologie, la prestation est servie sous forme d'un forfait unique global incluant : scanner, pose de l'implant et pilier implantaire.

Les couronnes non remboursées par la Sécurité sociale regroupent les couronnes unitaires et les piliers de bridges posés sur des dents reconstituables durablement.

La prise en charge des prestations indiquées, remboursées par la Sécurité sociale, est assurée à minima au Ticket modérateur.

Médecine Additionnelle

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

Consultation en ostéopathie, chiropratique, psychologie, étiothérapie,

- Les actes d'ostéopathie doivent être réalisés par un professionnel médical ou paramédical titulaire d'un Diplôme Inter-Universitaire ou un praticien titulaire d'un Diplôme d'Ostéopathie.
- Les actes de chiropratique doivent être réalisés par un Docteur en Chiropratique.
- Les consultations en psychologie doivent être réalisées par un psychologue diplômé d'État.
- Les consultations en étiothérapie doivent être réalisées par un étiothérapeute diplômé, reconnu par l'Institut Français des Etiopathes et inscrit au RNE (Registre National des Etiopathes).

Consultation en psychomotricité et pédicurie-podologie

Les actes de pédicurie-podologie et les consultations en psychomotricité doivent être réalisés par un auxiliaire médical diplômé d'État.

Consultation en Acupuncture

La pratique de l'acupuncture est réservée aux seuls membres des professions médicales reconnues par le Code de la santé publique (médecins, sages-femmes et dentistes). La prise en charge de frais d'acupuncture est donc conditionnée à la consultation du titulaire d'un Diplôme d'État de « capacité de médecine en acupuncture » ou d'un Diplôme Inter-Universitaire en « acupuncture ».

Consultation en Homéopathie

La pratique de l'homéopathie est réservée aux seuls membres des professions médicales (médecins, sages-femmes et dentistes) et de la pharmacie (pharmaciens), reconnu par le Code de la santé publique. La prise en charge de frais d'homéopathie est conditionnée à la consultation d'un praticien titulaire d'un Diplôme Inter-Universitaire de Thérapeutique Homéopathique. Seuls les médecins disposent du droit de prescription.

Consultation en Tabacologie

Les séances de tabacologie entrent dans le cadre de la médecine d'addiction. La prise en charge des frais est conditionnée à la consultation d'un praticien titulaire du Diplôme Inter-Universitaire de « tabacologie et d'aide au sevrage tabagique ».

Consultation en Mésothérapie

La pratique de la mésothérapie est réservée aux seuls médecins reconnus par le Code de la santé publique. La prise en charge de frais est donc conditionnée à la consultation du titulaire d'un Diplôme Inter-Universitaire en « mésothérapie ».

Les actes à visée esthétique ne sont pas pris en charge.

Sevrage tabagique

Dépenses liées aux traitements par substituts nicotiques (patch, gomme, pastille, inhalateur...), en complément de celui prévu par la Sécurité sociale. Pour être pris en charge par nos soins lesdits substituts nicotiques doivent figurer sur la liste de ceux remboursables par la Sécurité sociale (dont la liste est présente sur le site Ameli.fr). La cigarette électronique n'est pas prise en charge.

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 par la Sécurité sociale et médication officinale

- 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,
- 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).

Contraception :

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).

Cure thermale :

Pour être prise en charge, elle doit avoir lieu en France, être d'une durée de 18 jours et remboursée par la Sécurité sociale. Le remboursement est un forfait global annuel comprenant la prise en charge des honoraires, du traitement thermal, de l'hébergement et du transport.

Accident :

Toute atteinte corporelle non intentionnelle, résultant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

7.5 - Les prestations dans le réseau Kalivia

Malakoff Médéric Mutuelle a conclu un accord auprès d'opticiens et d'audioprothésistes agréés pour constituer le réseau Kalivia. Les dépenses engagées au sein de Kalivia Optique et Kalivia Audio par les assurés au présent contrat bénéficient d'une majoration des prestations. Le détail de ces prestations majorées est indiqué aux Conditions particulières selon chaque formule.

Dans les formules Toniques, si l'Assuré n'a pas bénéficié de remboursement d'un équipement optique pendant trois années consécutives (36 mois glissants), une majoration supplémentaire est accordée sur le prochain remboursement de verres achetés dans le réseau Kalivia. Il en est de même pour chacun de ses ayants droit.

L'«Offre Malin» correspond à un équipement optique complet (verres et monture). Les verres proposés dans le cadre de cette offre sont systématiquement durcis et leurs fournisseurs référencés dans le réseau Kalivia. Cette offre est proposée à tout Assuré qui en fait la demande. Elle fait l'objet

d'un remboursement spécifique en formule Économique 3. L'Offre «Prim'Audio®» correspond à un équipement de qualité avec un prix maximum négocié par oreille (appareil numérique à 3 canaux avec anti-larsen, permettant l'amélioration de l'écoute dans les situations les plus courantes). Cette offre, accessible uniquement dans le réseau Kalivia, fait l'objet d'un remboursement spécifique (hors formules Économiques et Essentielle 1).

Les tarifs pratiqués dans le réseau Kalivia respectent les seuils des contrats responsables tels que mentionnés à l'article R.871-2 du Code de la sécurité sociale. Les prestations dans le réseau et hors réseau ne sont pas cumulatives.

La liste des professionnels de santé appartenant au réseau Kalivia est disponible sur notre site Internet malakoffmederic.com.

7.6 - Les critères du contrat responsable

À l'exception de 3 formules (voir article 7.7), toutes les options de garanties proposées par le présent contrat répondent aux critères du contrat responsable.

Les prestations complémentaires sont servies dans le respect des dispositions légales et réglementaires du contrat responsable (cf. articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale).

Conformément à la réglementation, le présent contrat prend en charge les niveaux minimum de remboursements suivants :

- L'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par l'assurance maladie obligatoire, sauf pour les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible ou modéré et l'homéopathie ;
- L'intégralité du forfait journalier hospitalier, sans limitation de durée.

Lorsque le contrat prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins, celle-ci s'effectue dans la double limite de 100% de la base de remboursement et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant égal à 20 % de la base de remboursement.

Lorsque le contrat prévoit la prise en charge d'équipements d'optique médicale (verres et monture), elle doit respecter les périodes définies pour leur renouvellement ainsi que des minima et des maxima énoncés à l'article R.871-2 3° du Code de la sécurité sociale, incluant le ticket modérateur.

Toutefois, le présent contrat ne prend pas en charge :

- La participation forfaitaire et les franchises annuelles prévues aux paragraphes II et III de l'article L.322-2 du Code de la sécurité sociale ;
- La majoration du ticket modérateur restant à la charge de l'Assuré en cas de consultations ou visites d'un médecin effectuées en dehors du parcours de soins coordonnés (sans prescription du médecin traitant ou sans désignation du médecin traitant) en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités ;

- Les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques des médecins spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant (non-respect du parcours de soins coordonnés).

La qualité « responsable » ou « non responsable » de l'option opérante (choisie à l'adhésion ou en cours de vie du contrat) est rappelée aux Conditions particulières. Un Assuré ne peut être bénéficiaire à la fois d'une option « responsable » et d'une option « non responsable », opérantes au titre du présent contrat.

7.7 – Formules non responsables

Les formules Économique 1, Économique 2 et Dynamique 2 ne répondent pas aux critères du contrat responsable.

7.8 - Tiers payant

L'Adhèrent bénéficiaire d'une carte de tiers payant Viamédis est dispensé de l'avance des frais d'hospitalisation, 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 :

- Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale ;
- Inlays/onlays ;
- Prothèses dentaires, hors inlay core, remboursées par la Sécurité sociale ;
- Supplément sur dents visibles ;
- Couronnes non remboursées par la Sécurité sociale ;
- Inlay core ;
- Implantologie.

Hors formules Essentielles, ce montant « Plafond global dentaire » correspond à trois fois le forfait en euros de la prestation « Prothèses dentaires, hors Inlay core, remboursées par la Sécurité sociale » de la formule choisie pour la première et la deuxième année, quatre fois pour la troisième année et les suivantes.

Pour les formules Essentielles, ce montant « Plafond global dentaire » est constant à 760 €.

ARTICLE 8 - LE CHOIX DES OPTIONS

8.1 - Le choix à l'adhésion

8.1.1 - Le choix des formules

L'Adhèrent choisit sa base de garanties parmi les onze formules proposées :

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

Pour pouvoir adhérer aux formules Dynamiques, 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.

La formule choisie prend 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'Adhèrent 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 réservé 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 et des 2 formules Essentielles.

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'Adhèrent 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'Adhèrent 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 et les 2 formules Essentielles. Lorsque l'option Moderato est souscrite, les postes suivants ne donnent lieu à aucun remboursement :

- la pharmacie remboursée à 15 % par la Sécurité sociale (service médical rendu jugé insuffisant),
- la médecine additionnelle,
- le sevrage tabagique,
- les vaccins non remboursés par la Sécurité sociale,
- la chirurgie optique et implants multifocaux,
- les couronnes non remboursées par la Sécurité sociale,
- l'implantologie,
- la parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale,
- l'orthodontie remboursée par la Sécurité sociale (hors renfort Famille),
- les lentilles de correction prescrites, remboursées ou non par la Sécurité sociale.

Pour ces deux dernières prestations (orthodontie et lentilles), la prise en charge du Ticket Modérateur reste assurée.

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'Adhèrent 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'Adhèrent peut résilier l'option Moderato, 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 Moderato en cours d'adhésion donne lieu à l'application de nouvelles cotisations d'assurance et 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'Adhèrent 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'Adhèrent à conserver la nouvelle formule choisie pendant une période de 2 années consécutives.**

8

Le basculement d'une formule à une autre formule entraîne automatiquement la résiliation du renfort (FAMILLE, ou 50 +) et/ou 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'Adhèrent 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'Adhèrent 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'application de nouvelles cotisations d'assurance et 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 ayants droit, assurés au titre du présent contrat, les garanties cessent à la date de la résiliation du contrat par l'Adhèrent, au décès de l'Adhèrent, 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 la Mutuelle au plus tard le 31 octobre.

Les ayants droit, une fois radiés, ne peuvent plus bénéficier des garanties au titre du présent contrat, cette radiation étant définitive. Toutefois, ils peuvent adhérer à titre individuel à 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 à échoir.

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 ou régime Alsace-Moselle),
- du département d'habitation dans lequel l'Adhèrent a sa résidence principale, l'adresse figurant aux Conditions particulières faisant foi.

L'évolution de cotisation en fonction de l'âge s'effectue au 1^{er} janvier, pour chaque Assuré, selon sa tranche d'âge atteinte en cours d'année et ce jusqu'à son 75^e anniversaire.

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.

L'évolution de cotisation en cas de changement de régime de Sécurité sociale d'un des Assurés s'effectue au 1^{er} jour du mois qui suit la réception de la nouvelle attestation de Sécurité sociale indiquant le rattachement au nouveau régime.

L'évolution de cotisation en cas de changement de département de résidence de l'Adhèrent s'effectue :

- pour l'ensemble du contrat
- au 1^{er} mars de chaque année sous réserve que les informations parviennent à la Mutuelle au plus tard le 15 février précédent
- au 1^{er} octobre sous réserve que les informations parviennent à la Mutuelle au plus tard le 15 septembre précédent.

La cotisation 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 indépen-

dante de la volonté de la Mutuelle. 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.

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 la Mutuelle (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 NOEMIE doivent adresser à la Mutuelle leur demande de remboursement constituée :

- dans tous les cas : du décompte original de la Sécurité sociale (ou d'un autre organisme complémentaire),
- 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.

Les factures (**toujours originales**) doivent obligatoirement comporter les indications suivantes : **les références complètes** du professionnel de santé (nom, prénom, adresse, N° de téléphone, N° Adéli ou RPPS ou Préfectoral ou SIRET), **l'identification complète du malade** (N° régime obligatoire, Nom, prénom), **les informations relatives aux soins réalisés** (date des soins, code actes, coefficient, montant payé) et son **acquiescement**.

En outre, toute demande de remboursement doit porter les références de l'Adhérent (Assuré 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 la Mutuelle 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

Malakoff Médéric Mutuelle peut effectuer un contrôle pour tout Assuré demandant des prestations notamment pour les garanties dentaire ou optique, avant ou après le paiement des prestations.

La Mutuelle pourra ainsi demander transmission des originaux de toutes pièces (ordonnances, compte rendu d'exams, factures nominatives ...), le cas échéant auprès du médecin conseil sous pli cacheté, lui permettant de contrôler la réalité et le montant des prestations.

Dans l'attente de l'obtention de ces pièces, la Mutuelle se réserve le droit de suspendre le remboursement des prestations.

Si la Mutuelle a déjà procédé au remboursement, elle sera fondée, à l'issue du contrôle, à demander la restitution des sommes indûment réglées. Le cas échéant cette restitution pourra être réalisée par compensation avec les prestations futures.

En cas de contestation du résultat d'un contrôle ou d'une expertise, l'Assuré devra adresser, dans les trente jours suivant la notification, une lettre recommandée mentionnant le nom du médecin chargé de le représenter dans une entrevue amiable avec le médecin conseil de la Mutuelle.

Puis si le désaccord persiste, il sera formé une commission d'arbitrage comprenant, outre ces deux médecins, un troisième désigné par leurs soins ou, s'ils n'ont pu s'accorder, par le président du tribunal de grande instance de la résidence de l'Assuré, sur requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie supporte alors les honoraires de son médecin ; ceux du troisième médecin ainsi que les frais de sa désignation sont supportés à parts égales par les deux parties.

ARTICLE 16 - FACULTÉ DE RÉTRACTATION

L'Adhèrent 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'Adhèrent), demeurant à (domicile de l'Adhèrent) déclare renoncer à l'adhésion au contrat Peps Individuel 2 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 la Mutuelle. Toutefois, si des prestations ont été accordées, les sommes perçues par les Assurés devront être restituées préalablement et intégralement à la Mutuelle.

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'Adhèrent est débiteur de l'ensemble des cotisations dues avant la date d'effet de la résiliation. En cas de résiliation du contrat par l'Adhèrent, 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 de souscrire à nouveau le présent contrat à l'exception de la formule Économique 1, accessible jusqu'à 84 ans.

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'Adhèrent, 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'Adhèrent, 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'Adhèrent, 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 2443 du Code civil),
- un acte d'exécution forcée (articles 2244 à 2446 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 respon-

sabilité 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.

Les Assurés atteints de blessures imputables à un tiers doivent en informer la Mutuelle lors des formalités de demande de prestations.

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.assurance@malakoffmederic.com

LES GARANTIES D'ASSISTANCE PEPS INDIVIDUEL 2

(VERSION 01.15)

ARTICLE 1 : OBJET DU CONTRAT

La convention d'assistance présentée ci-après se propose d'apporter aux Assurés du contrat PEPS Individuel 2 des garanties d'assistance à domicile dans une optique de confiance préalable.

ARTICLE 2 : DÉFINITIONS

Assisteur

AUXIA Assistance, entreprise régie par le Code des assurances, SA au capital entièrement libéré de 1 780 000 euros - RCS de Paris 351 733 761 - siège social au 21 rue Laffitte- 75009 Paris.

L'organisme chargé du contrôle de l'assisteur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située au 61, rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 09.

Assuré

Personne physique souscriptrice du contrat santé PEPS Individuel 2

Bénéficiaire

L'Assuré est le Bénéficiaire dans le cadre du contrat PEPS Individuel 2 donnant droit aux garanties d'assistance à Domicile et d'informations téléphoniques auprès d'AUXIA Assistance telles que définies dans l'article 4 « Les Garanties ».

Conjoint

- La personne mariée avec l'Assuré, (l'Assuré et le Conjoint ne doivent pas être séparés de corps judiciairement),
- ou la personne ayant conclu un PACS avec l'Assuré(e),
- ou le concubin (la concubine) de l'Assuré(e).

Enfants et petits enfants

Les enfants et petits-enfants de l'Assuré âgés de moins de 16 ans.

Ascendant

Tout ascendant de l'Assuré (parents, beaux-parents et grands-parents) vivant en France Métropolitaine.

Durée de validité

Les garanties d'assistance sont accordées exclusivement en cas de sinistre survenant pendant la durée de validité du contrat santé PEPS Individuel 2.

Aidant

Assuré apportant une aide informelle à un proche en perte d'autonomie liée à l'âge pour les activités de la vie quotidienne.

Territorialité

Le bénéfice des prestations de la présente convention est ouvert uniquement pour les événements survenus en France métropolitaine(ou principauté de Monaco) et pour des prestations fournies sur le même territoire.

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.

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle sur la personne de l'Assuré, de son Conjoint, résultant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Les maladies, même si elles se manifestent sous une apparence accidentelle (AVC, arrêt cardiaque ...), ne sont pas des accidents.

Hospitalisation imprévue

Tout séjour dans un établissement de soins privé ou public, consécutif à un accident ou à une maladie soudaine, prescrit en urgence par un médecin.

AUXIA Assistance se réserve le droit de demander un bulletin confirmant l'hospitalisation avant de mettre en œuvre les prestations d'assistance.

Immobilisation imprévue au Domicile

Toute incapacité physique à se déplacer survenant inopinément et consécutive à un accident ou à une maladie soudaine, constatée par un médecin et nécessitant le repos au Domicile prescrit par un médecin.

Aide-ménagère

Intervention d'un prestataire missionné par l'assisteur pour la réalisation de petits travaux de ménage (repassage, ménage, préparation des repas) au Domicile du Bénéficiaire. Chaque prestation dure au minimum 2 heures. Les prestations d'aide-ménagère sont délivrées de 8 heures à 19 heures du lundi au vendredi (hors jours fériés).

Garde à domicile – Garde d'enfants

Intervention d'un prestataire missionné par l'assisteur au Domicile de l'Assuré ou de son Conjoint. Chaque prestation dure au minimum 2 heures. Les prestations sont délivrées de 8 heures à 19 heures du lundi au vendredi (hors jours fériés).

Pour toutes les prestations concernant les enfants et petits-enfants

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

Délais de mise en place :

Dès réception de votre appel, nous mettons tout en œuvre, sauf cas de force majeure, afin que l'intervenant soit à votre Domicile le plus rapidement possible. Toutefois, nous nous réservons 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.

La garde d'animaux domestiques familiaux

La garde des animaux domestiques consiste soit en l'organisation de la garde des animaux au Domicile du Bénéficiaire (dans la limite d'une visite par jour) soit en l'organisation du transport et de l'hébergement dans une pension spécialisée choisie par l'assistanteur.

Animaux familiaux (chiens ou chat uniquement) du Bénéficiaire.

Les chiens de 1^{er} et 2^e catégorie (chiens d'attaque / chiens de garde et de défense) mentionnés à l'article L.211-12 du Code rural et de la pêche maritime, et définis dans l'arrêté du 27/04/99 modifié, ne peuvent pas faire l'objet de cette garantie.

La garantie Animaux domestiques ne peut être accordée que pour les chiens et les 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 votre animal.

Le carnet de santé lui 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.

Transport

Les transports organisés dans le cadre de cette convention s'effectuent par train (billet de première classe) ou par avion en classe économique.

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'assistanteur.

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'Aidant le rendant momentanément incapable d'assumer sa charge. Il existe deux répits : d'urgence et programmé. Il peut être consécutif à :

- une maladie imprévue de l'aidant le mettant dans l'impossibi-

- lité d'assumer les tâches d'aide à son parent Assuré en état de perte d'autonomie et dont il était habituellement responsable,
- une immobilisation imprévue de l'Aidant le mettant dans l'impossibilité d'assumer les tâches d'aide à son parent Assuré en état de perte d'autonomie et dont il était habituellement responsable,
- un état d'épuisement psychologique et physique de l'Aidant justifiant un besoin de répit.

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

Faits générateurs

Les garanties ci-après s'appliquent en cas d'accident corporel ou dans le cas du diagnostic d'une maladie soudaine, entraînant une hospitalisation imprévue (Cf. définition de l'hospitalisation) ou une immobilisation imprévue au Domicile (Cf. Définition de l'immobilisation imprévue au Domicile).

Les garanties ne s'appliquent pas si l'immobilisation est antérieure à la survenance du fait générateur.

Certaines garanties s'appliquent également :

- En cas de traitement par chimiothérapie,
- En cas de séjour en maternité de plus de 5 jours,
- En cas de décès du Bénéficiaire.

ARTICLE 3 : MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES

En cas d'urgence, le premier réflexe doit être l'appel aux services de secours publics (le 15 ou le 112 pour joindre le SAMU ; le 17 pour joindre les services de la police ; le 18 pour joindre les pompiers) ou au médecin traitant. L'assistanteur peut, en dernier lieu, conseiller l'Assuré quant à la nature des intervenants qu'il convient d'appeler.

Les services d'assistance d'AUXIA Assistance ne se substituent pas aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

Toute demande de mise en œuvre de l'une des prestations d'assistance de cette convention doit être obligatoirement formulée dans un délai de 5 jours ouvrés suivant l'événement par l'Assuré ou ses proches, en indiquant :

- le numéro de la convention d'assistance concernée : 75 49 99
- l'identité de l'Assuré (nom, prénom, date de naissance)
- l'identité de l'appelant et ses coordonnées (nom, prénom, date de naissance, adresse, numéro de téléphone).

Les prestations sont mises en œuvre du lundi au samedi de 9 heures à 20 heures (hors jours fériés).

Transmission des pièces justificatives

Compte tenu de la nature des services d'assistance proposés, il appartient au Bénéficiaire de communiquer à l'assistanteur des pièces médicales justificatives de son état de santé.

Conformément à la loi n°2002-303 du 4 mars 2003 relative aux droits des malades et la qualité du système de santé

et afin de permettre à l'assistanteur de préserver la confidentialité des informations transmises, l'Assuré est invité à transmettre les pièces médicales sous pli cacheté destiné au Médecin conseil de BEA dont l'adresse lui sera communiquée par téléphone.

ARTICLE 4 : LES GARANTIES

4.1 - Aide-ménagère

En cas d'hospitalisation imprévue de plus de 2 jours consécutifs du Bénéficiaire, l'assistanteur 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 imprévue au Domicile de plus de 5 jours consécutifs du Bénéficiaire, l'assistanteur met une aide-ménagère à leur disposition à compter du 1^{er} jour.

L'assistanteur 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'Assuré ou de son Conjoint avec les mêmes modalités décrites ci-dessus et à partir du jour du décès.

4.2 - Présence d'un proche au chevet

En cas d'hospitalisation imprévue de plus de 2 jours consécutifs ou d'immobilisation imprévue au Domicile de plus de 5 jours consécutifs du Bénéficiaire.

- L'assistanteur 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'assistanteur organise également et prend en charge son hébergement pour 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 92 € au total.

4.3 - Prise en charge des ascendants

En cas d'hospitalisation imprévue du Bénéficiaire ou d'immobilisation imprévue au Domicile de plus de 5 jours consécutifs et lorsque l'ascendant vivant au Domicile est en état de perte d'autonomie au sens de la définition ci-dessus, l'assistanteur 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 le Bénéficiaire, 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 le Bénéficiaire, 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'assistanteur. Elles s'appliquent immédiatement en cas de décès de l'Assuré ou de son Conjoint.

4.4 - Prise en charge des enfants de moins de 16 ans

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

4.4.1 - 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, classe économique).

4.4.2 - Le transfert des enfants

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

4.4.3 - La conduite à l'école et le retour au Domicile des enfants

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, l'assistanteur 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.

4.4.4 - La garde des enfants

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, l'assistanteur 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.

4.5 - Garde des enfants malades

En cas d'immobilisation imprévue 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'assistanteur organise et prend en charge dès le 1^{er} jour de l'événement :

4.5.1 - 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 taxi, train 1^{re} classe ou avion classe économique.

4.5.2 - 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 trente heures, réparties sur un mois à compter de la date de la maladie selon situation.

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

Lorsque l'hospitalisation imprévue d'un Bénéficiaire 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 :

4.6.1 - Le déplacement d'un des parents des enfants (exclusivement)

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

4.6.2 - 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 classe économique, auprès de leurs parents. L'assistant organise et prend en charge l'accompagnement des petits-enfants par l'un des prestataires conventionnés.

4.7 - La garde des petits-enfants (petits-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.

4.8 - Soutien pédagogique

Si, suite à une immobilisation 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 : français, mathématiques, histoire-géographie, anglais) donnés au Domicile de l'enfant, jusqu'à 3 heures par jour ouvrable, hors vacances scolaires.

4.9 - 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.

4.10 - 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 8 jours consécutifs, 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, 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

4.10.1 - Aide aux soins du bébé

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

4.10.2 - Écoute Psychologique

L'assistant peut mettre la 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 l'Assuré.

4.10.3 - Informations Prévention & Alimentation :

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

4.11 - 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.

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.

4.12 - Transmissions des messages urgents

L'assistant se charge de transmettre gratuitement, par les moyens les plus rapides, les messages ou nouvelles émanant de l'Assuré 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.

4.13 - Garanties complémentaires

4.13.1 - Recherche d'un médecin

Sur demande téléphonique, 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 rechercher un médecin.

4.13.2 - Recherche et envoi d'une infirmière

De la même façon, l'assistant peut, sur prescription médicale, rechercher une infirmière au Domicile de l'Assuré.

4.13.3 - Livraison de médicaments

En cas d'incapacité temporaire à se déplacer à la suite d'une immobilisation imprévue 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.

4.13.4 - Recherche d'une place dans un milieu hospitalier

Sur demande 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.

4.13.5 - 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 de l'Assuré.

4.14 - Informations générales

L'assistant met à disposition un service de renseignements téléphoniques accessible de 8 heures à 19 heures 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 l'Assuré afin de lui communiquer les renseignements nécessaires.

L'assistant a pour mission d'informer.

- Les informations ne sont pas des consultations juridiques. Les informations communiquées sont des renseignements à caractère documentaire visés par l'article 66.1 de la loi modifiée du 31 décembre 1971.
- L'assureur ne pourra en aucun cas être tenu pour responsable des interprétations réalisées par l'Assuré, ni de leurs conséquences éventuelles.

4.14.1 - Démarches administratives et sociales

À la suite d'une maladie soudaine ou d'un accident corporel et sur simple appel téléphonique, 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 heures à 19 heures, en dehors des jours fériés.

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

4.14.2 - 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 soudaine à Domicile, peuvent être prodigués par

les médecins de l'assistant. Les informations données ne pourront, en aucun cas, remplacer une consultation médicale ou être considérées comme telle.

4.14.3 - 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...).

4.15 - Informations téléphoniques spécifiques

L'assistant met à la disposition un service de renseignements téléphoniques accessible de 8 heures à 19 heures 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 l'Assuré 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.

4.15.1 - Informations, conseils maternité

L'équipe médicale de l'assistant communique à l'Assuré 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 et paramédical, organisationnel de 8 heures à 19 heures, 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 paternel), 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-foetal, 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.

4.15.2 - Information bien-être & bien vieillir

Sur simple appel téléphonique l'équipe médicale de l'assistant répond aux questions par téléphone de 8 heures à 19 heures, 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 disposition 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 l'appelant 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 et dépistage : l'équipe médicale de l'assistant communique à l'Assuré et à son Conjoint des informations et conseils médicaux et paramédicaux de 8 heures à 19 heures, 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 conseil « perte d'autonomie » : L'assistant met à disposition un service de renseignements téléphoniques accessible de 8 heures à 19 heures du lundi au vendredi. Selon les cas, l'assistant devra se documenter ou effectuer des recherches et rappeler l'Assuré 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.

4.16 Dans le cas d'un besoin de répit de l'aidant :

4.16.1 - 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 et de soins, les résidences service, les centres de soins, les centres spécialisés Alzheimer...

L'assistant communique à l'Assuré 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.

4.16.2 - 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'Assuré, l'assistant organise le transport du proche dépendant vers l'établissement choisi. L'assistant ne prend pas en charge le coût de la prestation.

4.16.3 - Assistance psychologique par téléphone : à la demande de l'Assuré, 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.

4.16.4 - 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 et prévention des maladies graves, techniques nouvelles, examens médicaux, médicaments.

ARTICLE 5 : CONDITIONS GÉNÉRALES

Conditions générales d'application

Validité des garanties

Les garanties sont acquises pour toutes les personnes assurées en application du contrat santé PEPS Individuel 2 jusqu'à la date à laquelle le contrat d'assistance PEPS Individuel 2 souscrit et ouvrant droit aux garanties d'assistance prend fin pour quelque raison que ce soit.

Auxia Assistance intervient à la suite d'appels émanant du Bénéficiaire. 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 assurés 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 l'Assuré aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur. En cas de déclaration mensongère de l'Assuré 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 à l'Assuré le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ce comportement.

Les services de l'assistant sont organisés pour garantir la confidentialité des données de santé et ne communiquent aux services administratifs d'Auxia Assistance aucuns détails sur les pathologies.

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.

Déchéance des garanties

Le non-respect par l'Assuré de ses obligations envers l'assistant en cours de contrat entraîne la déchéance de ses droits tels que prévus à la présente convention.

Conditions restrictives d'application

Comportement abusif

Lorsque le comportement d'un Assuré sera jugé abusif par l'assistant, les faits incriminés seront portés à la connaissance de l'assistant. 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 Assuré 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.

EXCLUSIONS – CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

Les demandes d'assistance résultant des événements ci-dessous ne sont pas prises en charge :

- les frais engagés sans notre accord, ou non expressément prévus par ce contrat,
- les frais non justifiés par des documents originaux,
- les sinistres survenus en dehors des dates de validité de ce contrat,
- les affections bénignes ne justifiant pas une immobilisation au Domicile,
- les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement,
- les conséquences d'un état d'éthylisme avec un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au seuil en vigueur au jour du sinistre fixé par le Code de la route,
- les conséquences des actes intentionnels et/ou dolosifs de l'Assuré et ceux résultant de sa participation à un crime, à un délit ou une rixe, sauf en cas de légitime défense,
- les conséquences de tentative de suicide,
- les événements survenus lors de la pratique de sports dangereux (sports de combat, sports aériens, sports mécaniques) ou de la participation de l'Assuré en tant que concurrent à des compétitions, paris ou défis sont exclus, ainsi que l'organisation,
- les conséquences des interventions à caractère esthétique.

L'assistant ne peut être tenu pour responsable des retards ou empêchements dans l'exécution des garanties d'assistance de la présente convention, en cas de grève, d'émeute, de mouvements populaires, 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

Données à caractère personnel

AUXIA Assistance est responsable des traitements mis en œuvre au titre des garanties d'assistance.

À ce titre, les informations recueillies sont indispensables pour l'enregistrement, la gestion et l'exécution des contrats. Ces opérations sont réalisées dans le respect de mesures de sécurité adéquates à la préservation de leur confidentialité et de leur intégrité à l'égard de tiers non autorisés. À défaut d'accord de votre part, le contrat ne pourra pas être souscrit et mis en œuvre.

Les données à caractère médical sont uniquement destinées au Médecin Conseil.

Les autres données à caractère personnel sont destinées à AUXIA Assistance et tous sous-traitants techniques désignés par le responsable de traitement. Elles peuvent être utilisées par des personnes habilitées à des fins de contrôle interne et dans le cadre des dispositions légales concernant la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

Enfin, vous êtes informés que pour des raisons tenant à la qualité de service et à la sécurité, un dispositif d'enregistrement et d'écoute éventuelle des échanges téléphoniques peut être mis en place, dans le respect des dispositions ci-dessus exposées.

Conformément à la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et, le cas échéant de suppression des données à caractère personnel vous concernant qui figurerait dans tout fichier à l'usage de l'assisteur, de ses mandataires ou de ses partenaires.

Vous pouvez exercer ce droit en vous adressant par voie postale à :

AUXIA Assistance
Service juridique
21 rue Laffitte, 75009 Paris

Toute demande doit être accompagnée d'une copie d'une carte d'identité recto/verso ou des 3^e et 4^e pages du passeport. Le document d'identité doit être en cours de validité à la date de sa transmission.

Subrogation

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

Prescription

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

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription de droit commun que sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait prévue à l'article 2240 du Code civil,
- la demande en justice, même en référé prévue de l'article 2241 à 2443 de ce même Code,
- un acte d'exécution forcée prévu de l'article 2244 à 2446 de ce même Code.

Règlement des litiges

Le service réclamation

Si la réponse apportée par notre service client ne vous satisfait pas entièrement, nous vous invitons à adresser une réclamation écrite à l'adresse suivante :

Bien Etre Assistance
Assistance Santé PEPS Individuel 2
1 rue Mozart
Clichy Cedex 92587

Notre service réclamation prend en charge votre demande dans un délai de 4 jours ouvrés suivant la réception de votre courrier et vous informe régulièrement de l'avancement du dossier lorsque la complexité de la situation le nécessite.

Le service conciliation

Si la réponse apportée par notre Service Réclamation ne vous satisfait pas entièrement, nous vous invitons à adresser une demande écrite à l'adresse suivante :

AUXIA Assistance
Service conciliation
Assistance PEPS Individuel 2
21 rue Laffitte, 75009 Paris

Notre Service Conciliation prend en charge votre demande dans un délai de 4 jours ouvrés suivant la réception de votre courrier et vous informe régulièrement de l'avancement du dossier lorsque la complexité de la situation le nécessite.

Le dispositif de médiation

Si l'examen du dossier par le service conciliation n'aboutit pas à une conciliation et que vous restez en désaccord avec la réponse apportée par nos services, il vous est alors possible de saisir le Médiateur désigné par la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (FFSA).

Le Médiateur est une autorité indépendante et extérieure à la société d'assurance, qui examine et donne un avis sur le règlement des litiges liés au contrat d'assurance.

En application de l'article 2258 du Code civil, le recours à la médiation suspend le délai de prescription des actions. La suspension a pour effet d'arrêter temporairement le cours de la prescription, mais n'efface pas le délai ayant déjà couru (art 2250 du Code civil). Le délai ne recommence à courir, pour une durée minimale de six mois, qu'à l'issue de la procédure de médiation.

Les modalités de saisine du Médiateur vous sont communiquées sur simple demande ou peuvent être consultées librement sur internet à l'adresse suivante www.auxia.com.



ASSOCIATION DE MOYENS ASSURANCES (AMA) : Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 - 21 rue Laffitte 75317 Paris cedex 09 - Siret : 812 986 289 00013 - N° Orias : 16000160 - www.orias.fr • **MALAKOFF MÉDÉRIC MUTUELLE** : N° SIREN 784 718 256 - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité - 21 rue Laffitte, 75009 Paris • **AUXIA ASSISTANCE** : Entreprise régie par le Code des assurances - 21 rue Laffitte, 75009 Paris - SA au capital entièrement libéré de 1 780 000 € - n° 351 733 761 RCS Paris.

Des organismes du groupe Malakoff Médéric - Siège social : 21 rue Laffitte, 75009 Paris - malakoffmederic.com