

NOTICE D'INFORMATION

CONTRAT COLLECTIF A ADHESION OBLIGATOIRE "FRAIS DE SANTE"

N° de contrat : 9810004125

Société : Crédit Agricole SA Social

Catégorie de Personnel : Ensemble du personnel

Date d'effet : 1^{er} Janvier 2020

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

Ce contrat est assuré par PREDICA, entreprise régie par le Code des assurances, société anonyme au capital de 1.029.934.935 euros, dont le siège social est 50/56, rue de la Procession 75015 PARIS, immatriculée sous le n°334.028.123 R.C.S. PARIS. A compter du 1^{er} mai 2020, le siège social de Predica est transféré au 16/18 Boulevard de Vaugirard 75 015 PARIS.

DOCUMENT A SIGNER ET A REMETTRE A VOTRE EMPLOYEUR

Je soussigné(e), _____, reconnais avoir reçu la Notice d'Information décrivant les conditions et modalités d'application des garanties frais de santé du contrat collectif à adhésion obligatoire souscrit par mon entreprise :

N° de contrat : 9810004125

Société : Crédit Agricole SA Social



Catégorie de Personnel : Ensemble du personnel

Date d'effet : 1^{er} Janvier 2020


auprès de PREDICA, entreprise d'assurance régie par le Code des assurances.

A _____, le _____

Signature :

	BIENVENUE	8
	VOS GARANTIES	9
	LEXIQUE	9
	100% Santé	9
	Ayants droit	9
	Base de Remboursement (BR)	9
	Contrats responsables	9
	Forfait journalier hospitalier	9
	Honoraires limites de facturation	9
	Liste des produits et prestations remboursables	9
	Prix limites de vente au public	9
	Sécurité sociale ou MSA	9
	Ticket Modérateur	9
	Tiers payant	9
	VOS GARANTIES OBLIGATOIRES	10
	Généralités sur les prestations	10
	Hospitalisation	10
	Soins courants	11
	Optique	11
	Dentaire	13
	Aides auditives	14
	Autres soins	15
	Limite des remboursements	15
	Territorialité	15
	EXCLUSIONS GENERALES	16
	VOS GARANTIES FACULTATIVES	16
	VOS REMBOURSEMENTS	17
	Vous bénéficiez du système de télétransmission Noémie	17
	Vous ne pouvez pas bénéficier du système de télétransmission Noémie	17
	VOTRE ADHESION	18
	Quels sont les bénéficiaires du contrat ?	18
	Comment réaliser l'adhésion des bénéficiaires ?	18
	PRISE D'EFFET ET CESSATION DES GARANTIES OBLIGATOIRES	19
	Quand prennent effet vos garanties ?	19
	Quand cessent vos garanties ?	19
	Maintien des garanties au titre de la portabilité	20
	Maintien des garanties au titre de la loi Evin	20
	DISPOSITIONS GENERALES	21
	Cotisations des garanties obligatoires réglées par l'intermédiaire de l'entreprise	21
	Médiation	21
	Délai de prescription	21
	Subrogation	22
	Fausse déclaration	22
	Protection des données personnelles	22

Autorité de contrôle	23
 VOS GARANTIES ASSISTANCE	24
LEXIQUE	24
EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE DE L'ASSURE SURVENU A DOMICILE	26
Livraison de médicaments à Domicile	26
Aide à la recherche d'une infirmière	26
Aide en cas d'Immobilisation au Domicile	26
Veille sur les Ascendants dépendants à charge	26
EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE DE L'ASSURE SURVENU LORS D'UN DEPLACEMENT	26
- Territoires DROM : sans franchise kilométrique.	27
Transport sanitaire	27
Prolongation de séjour à l'hôtel	27
Envoi de médicaments (UNIQUEMENT LORS D'UN DEPLACEMENT A L'ETRANGER)	27
EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE D'UNE DUREE D'AU MOINS 24 HEURES (HORS DEPLACEMENT)	27
Transport vers l'hôpital et retour au Domicile	27
Aide-ménagère à Domicile	27
Assistance aux Enfants et aux petits-enfants de moins de 15 ans	27
Veille sur les Ascendants dépendants à charge	28
Présence au chevet et séjour à l'hôtel d'un membre de la famille	28
Assistance aux animaux de compagnie (chiens, chats à l'exclusion de tous les autres animaux)	28
Aide dans la vie quotidienne	28
EN CAS D'HOSPITALISATION PROGRAMMEE D'UNE DUREE D'AU MOINS 5 JOURS CONSECUTIFS	29
Transport vers l'hôpital et Retour au Domicile	29
Aide-ménagère à Domicile	29
Assistance aux Enfants et aux petits-enfants de moins de 15 ans	29
Veille sur les Ascendants dépendants à charge	29
Présence au chevet et séjour à l'hôtel d'un membre de la famille	30
Assistance aux animaux de compagnie (chiens, chats à l'exclusion de tous les autres animaux)	30
Aide dans la vie quotidienne	30
Accès au site Hospizen – Accessible à compter du 1 ^{er} janvier 2019	30
EN CAS D'AFFECTION DE LONGUE DUREE	30
Evaluation des besoins et recommandations	30
Enveloppe de services et d'aide à Domicile	30
Livraison en urgence au Domicile de médicaments immédiatement nécessaires prescrits par un médecin	32
Livraison et mise à disposition du matériel médical prescrit par le médecin traitant	32
Assistance aux devoirs	32
Accompagnement psychologique	33
ASSISTANCE A L'INSERTION OU LA REINSERTION DANS LE MONDE PROFESSIONNEL	33
Service d'informations juridiques,	33
Bilan personnel et professionnel	33
Aide au retour à l'emploi	33
Entretiens de suivi et de coaching	33

COMPLEMENT POUR UN ENFANT ATTEINT D'UNE AFFECTION DE LONGUE DUREE – AIDE PEDAGOGIQUE DE L'ENFANT	33
TELECONSEIL SANTE ET TELECONSULTATION	34
Détail des prestations	34
Limitations	34
DISPOSITIONS GENERALES APPLICABLES A LA CONVENTION D'ASSISTANCE	36
LIMITES D'INTERVENTIONS	36
EXCLUSIONS COMMUNES A TOUTES LES PRESTATIONS	37
ENGAGEMENTS FINANCIERS	37
MODALITES D'EXAMEN DES RECLAMATIONS	37
PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL	38
Responsable du traitement des données	38
Données collectées	38
Collecte et traitement de données	38
Accès aux données	39
Transfert des données	39
Droits relatifs aux données personnelles	39
Durée de conservation des données	39
Contact	40
Contrôle anti-fraude	40
AUTORITE DE CONTROLE	40
 VOTRE TABLEAU DE GARANTIES	41

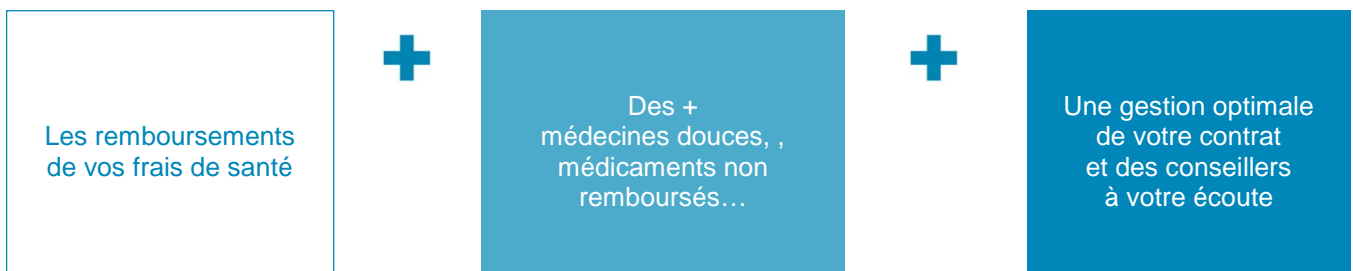


Le présent document définit les conditions et modalités d'application des garanties couvertes par votre contrat frais de santé, souscrit auprès de PREDICA, entreprise d'assurance régie par le Code des assurances.

Il s'agit d'une Notice d'Information et vous donne donc des informations sur :

- Les garanties auxquelles vous avez droit,
- Les conditions et limites pour bénéficier de ces garanties,
- Les modalités de remboursement.

Nous sommes très heureux de vous compter parmi nos assurés et de vous offrir tous les avantages de ce contrat :





VOS GARANTIES

LEXIQUE

100% Santé

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

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

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

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

Ayants droit

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

Base de Remboursement (BR)

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

Contrats responsables

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

En tout état de cause, le présent contrat respecte l'ensemble de ces règles.

Forfait journalier hospitalier

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

Honoraires limites de facturation

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

Liste des produits et prestations remboursables

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

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

Prix limites de vente au public

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

Sécurité sociale ou MSA

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

Ticket Modérateur

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

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

Tiers payant

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



VOS GARANTIES OBLIGATOIRES

Les garanties Frais de santé s'appliquent dans les conditions et limites fixées par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et par ses textes d'application relatifs aux « contrats responsables ».

En cas d'évolution de la législation relative aux « contrats responsables », le contrat sera mis en conformité et les garanties Frais de santé adaptées conformément à la législation. Vous en serez informé par écrit par votre employeur.

Généralités sur les prestations

Le contrat prend en charge, dans la limite des garanties et niveaux associés, souscrites et décrites dans le tableau de garanties figurant en fin de document, le remboursement :

- des frais restant à votre charge après remboursement de la Sécurité sociale pour les actes faisant l'objet d'un remboursement de la Sécurité sociale, y compris les actes de prévention,
- des dépenses de soins médicalement prescrites à caractère thérapeutique non remboursées par la Sécurité sociale,
- des dépenses de soins remboursées dans le cadre de forfaits spécifiques prévus au tableau de garanties.

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

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

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

Hospitalisation

L'hospitalisation regroupe les hospitalisations médicales, psychiatriques et chirurgicales dans les établissements conventionnés et non conventionnés, y compris la maternité et l'hospitalisation à domicile.

les garanties suivantes sont incluses :

- les frais de séjour en établissements conventionnés ou non conventionnés par la Sécurité sociale, sans limitation de durée,
- les honoraires médicaux et chirurgicaux, intégrant une distinction entre les médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée et les médecins non adhérents, étant précisé que, s'agissant des médecins non adhérents non conventionnés par la Sécurité sociale, la base de remboursement retenue est celle du tarif d'autorité,
- la franchise hospitalière,
- le forfait journalier hospitalier, tel que visé à l'article L.174-4 du Code de la sécurité sociale, dans les établissements hospitaliers, sans limitation de durée,
- la chambre particulière, sans limitation de durée. Cette garantie est toutefois plafonnée à 60 jours par année civile en psychiatrie et à 90 jours pour les hospitalisations en soins de suite et de réadaptation et en centres de convalescence,
- les frais d'accompagnant (y compris lit) en cas d'hospitalisation d'un de vos enfants de moins de 16 ans ou d'un de vos ascendants de plus de 70 ans, limité à 60 jours.

Exclusions particulières sur l'hospitalisation

Ne sont pas pris en charge :

- **les dépenses non remboursées par la Sécurité sociale (sauf le forfait journalier, chambre particulière et lit d'accompagnant),**
- **toute franchise applicable par la Sécurité sociale à l'exception de la franchise des actes lourds prévue à l'article R.160-16 du Code de la sécurité sociale,**
- **le forfait journalier hospitalier dans les établissements médico-sociaux, dans les établissements visés à l'article L.174-6 du Code de la sécurité sociale et au 6 du I de l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles,**
- **les exclusions générales figurant à la partie 3. « Exclusions générales ».**



VOS GARANTIES

Soins courants

Honoraires médicaux

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

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

Médicaments

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

- les médicaments à service médical rendu majeur ou important remboursés par la Sécurité sociale,
- les médicaments à service médical rendu modéré remboursés par la Sécurité sociale,
- les médicaments à service médical rendu faible remboursés par la Sécurité sociale.

Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale

Cette garantie permet le remboursement du sevrage tabagique prescrit non remboursé par la Sécurité sociale, à concurrence d'un plafond applicable par année civile et par bénéficiaire.

Le remboursement est conditionné à :

- une prescription par un médecin dûment habilité par le Code de la santé publique,
- une inscription sur la liste des médicaments ayant reçu une autorisation de mise sur le marché par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé,
- un achat en pharmacie,
- l'envoi de factures nominatives (désignation du médicament et du bénéficiaire).

Exclusions particulières sur les Soins courants

Ne sont pas prises en charge :

- **les dépenses non remboursées par la Sécurité sociale, sauf pour les prestations mentionnées explicitement,**
- **toute franchise applicable par la Sécurité sociale autre que le Ticket Modérateur,**
- **les exclusions générales figurant à la partie 3. « Exclusions générales ».**

Matériel médical

Cette garantie permet le remboursement des frais engagés sur les grands et petits appareillages (orthèses, prothèses médicales, orthopédie et location d'appareils) remboursés par la Sécurité sociale.

Optique

Equipements d'optique médicale (lunettes)

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

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

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

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

Verres simples :

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

Verres complexes :

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



VOS GARANTIES

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

Verres hypercomplexes :

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

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

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

- du Ticket Modérateur,
- des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité,
- de la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre, dans les conditions définies par la liste des produits et prestations remboursables.

- de la prestation d'adaptation de la prescription médicale de verre correcteur, après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance, dans le respect des conditions fixées par la réglementation en vigueur.

Équipement d'optique médicale Panier libre (Classe B)

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

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

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

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

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

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

Quelle que soit la formule de base retenue, les remboursements s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de 2 verres et de 1 monture, par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste des produits et prestations remboursables telle que définie à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale.

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



VOS GARANTIES

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

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

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

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

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

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

[Autres garanties Optique](#)

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

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

Lorsque les remboursements de ces garanties sont exprimés en Euros ou en pourcentage du PMSS par an et par bénéficiaire, ils comprennent la prise en charge du Ticket Modérateur mais n'incluent pas le remboursement de la Sécurité sociale. En cas de dépassement du forfait, le remboursement est effectué à hauteur du Ticket Modérateur.

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

Exclusions particulières sur l'optique

Ne sont pas prises en charge :

- **les dépenses non remboursées par la Sécurité sociale (sauf pour les lentilles et la chirurgie de la myopie suivant la formule souscrite),**
- **des exclusions générales figurant à l'article «Exclusions générales».**

Dentaire

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

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

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

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

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

[Soins](#)

La garantie dentaire permet le remboursement :

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



VOS GARANTIES

Prothèses

La garantie Dentaire permet le remboursement :

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

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

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

Autres

La garantie Dentaire permet également le remboursement :

- de l'orthodontie remboursée par la Sécurité sociale,
- et dans les conditions et limites de la formule choisie, sont également remboursées :
 - l'implantologie, incluant l'implant et le pilier sur implant.

Exclusions particulières sur le dentaire

Ne sont pas pris en charge :

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

Aides auditives

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

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

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

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

Aides auditives 100% Santé (Classe 1)

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

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

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

Aides auditives hors 100 % Santé (Classe 2)

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

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

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



VOS GARANTIES

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

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

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

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

En outre, ne sont pas pris en charge :

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

Autres soins

Cures thermales

La garantie Cures thermales permet le remboursement des frais de cures remboursés par la Sécurité sociale. Il inclut les honoraires et, selon la formule souscrite, un forfait en PMSS par jour et par bénéficiaire pour les frais liés au transport et à l'hébergement.

Allocation naissance /adoption

Une prime est versée à la naissance par enfant ou en cas d'adoption quel que soit votre sexe et sans contrainte de rattachement de votre conjoint et de l'enfant au contrat. Elle est versée une seule fois si les deux parents sont salariés de la même entreprise et qu'ils cotisent en tant qu'assuré. Pour en bénéficier, la demande de remboursement doit être accompagnée d'une copie de l'acte de naissance de l'enfant concerné ou du certificat d'adoption.

Actes de prévention

Cette garantie permet le remboursement, à hauteur du Ticket Modérateur, des actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale.

Médecines douces

Cette garantie permet le remboursement des consultations d'ostéopathe, d'acupuncteur, de diététicien, d'étiopathe, de chiropracteur, réalisées par des praticiens inscrits auprès du registre national de leur spécialité à concurrence d'un plafond applicable par séance et par bénéficiaire dans la limite d'un nombre défini de séances par spécialité par année civile.

Le remboursement est effectué sur présentation d'une facture nominative, établie par le praticien.

Exclusions particulières sur les Médecines douces

Ne sont pas pris en charge :

- les actes de praticiens non recensés professionnellement dans les activités listées ci-dessus,
- les exclusions générales figurant à la partie 3. « Exclusions générales ».

Limite des remboursements

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à votre charge ou à celle de vos ayants droit, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du Code de la sécurité sociale.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, vous pouvez obtenir l'indemnisation en vous adressant à l'organisme de votre choix.

En tout état de cause, ces garanties s'appliquent dans les conditions et limites fixées par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et par ses textes d'application relatifs aux contrats responsables.

Territorialité

Les garanties du présent contrat s'exercent en France et à l'étranger, quel que soit le pays dans lequel les dépenses de santé ont été engagées, dans la mesure où elles font l'objet d'un remboursement de la part de la Sécurité sociale française.

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



VOS GARANTIES

EXCLUSIONS GENERALES

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

- la participation forfaitaire mentionnée à l'article L.160-13 II du Code de la sécurité sociale, laissée à la charge des assurés notamment pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale,
- les franchises médicales mentionnées à l'article L.160-13 III du Code de la sécurité sociale,
- la majoration de participation de l'assuré prévue par l'article L.162-5-3 du Code de la sécurité sociale en cas de non désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription médicale du médecin traitant,
- les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques réalisés par un spécialiste consulté sans prescription médicale du médecin traitant et qui ne relève pas d'un protocole de soins, visés à l'article L.162-5, 18° du Code de la sécurité sociale,
- et, de manière générale, tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et par ses textes d'application.

VOS GARANTIES FACULTATIVES

Vous pouvez souscrire des garanties facultatives, que vous financez intégralement :

Extension conjoint facultative :

L'extension conjoint facultative permet d'étendre le bénéfice des garanties obligatoires à vos ayants droit.

Les garanties facultatives (extension conjoint) prennent effet, **SOUS RESERVE DU PAIEMENT DE LA COTISATION CORRESPONDANTE :**

- si vous formulez votre choix lors de votre adhésion au contrat obligatoire, à cette date ;
- si vous formulez votre choix dans les trois mois suivant votre adhésion au contrat obligatoire, le premier jour du mois suivant la date de réception de votre demande par l'assureur ;
- en cas de changement de situation de famille permettant le rattachement d'un ayant droit au

présent contrat, à l'expiration d'une dispense, ou dans le cas où un ayant droit perd la qualité d'assuré au titre d'un autre contrat complémentaire santé, à la date à laquelle l'événement a eu lieu, sous réserve que votre bulletin individuel d'adhésion parvienne à l'assureur au plus tard dans les trente jours qui suivent l'événement ;

- en cas d'adhésion au cours de la vie du contrat, hors des délais et des circonstances prévus ci-dessus, le premier jour de l'année civile suivant la date de réception de votre demande par l'assureur, sous réserve qu'elle ait été effectuée avant le 31 octobre de l'année en cours ;
- dans le cas où vous avez déjà résilié une garantie facultative, toute souscription d'une nouvelle garantie facultative ne prendra effet qu'au terme de 2 années civiles entières suivant la date d'effet de la résiliation. Cette règle ne s'applique pas en cas de changement de situation de famille pour la souscription de l'extension famille facultative.

En outre, en cas de demande de modification des options facultatives, ces dernières prennent effet :

- en cas de modification des garanties pour un niveau d'option supérieur, les nouvelles garanties prennent effet au 1er jour de l'année civile suivant la date de réception de la demande par l'assureur, sous réserve qu'elle ait été effectuée avant le 31 octobre de l'année en cours ;
- en cas de modification des garanties pour un niveau d'option inférieur, les nouvelles garanties prennent effet au terme d'une période d'une année civile suivant le 31 décembre de l'année où vous avez demandé à modifier les garanties.

Conformément à l'article L.112-9 du Code des assurances, à compter de la souscription de la garantie facultative, vous disposez alors d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer à votre adhésion aux garanties facultatives. Pour ce faire, il suffit d'en aviser PREDICA en adressant, sous pli recommandé avec avis de réception, une lettre de renonciation établie selon le modèle figurant ci-dessous, à :



VOS GARANTIES

CENTRE DE GESTION
CREDIT AGRICOLE ASSURANCES
TSA 50190
28039 CHARTRES CEDEX

« Je soussigné (Nom et prénom), demeurant à déclare renoncer à la souscription des garanties facultatives de mon contrat collectif frais de santé et demande le remboursement des cotisations versées puisqu'aucune prestation ne m'a été versée.

Fait à....., le.....signature. »

L'exercice du droit de renonciation entraîne la résiliation de la garantie facultative à compter de la date de réception de la lettre recommandée avec avis de réception. Dès lors que l'assureur a connaissance du paiement d'une prestation, vous ne pouvez plus exercer votre droit à renonciation.

La renonciation entraîne la restitution, dans un délai de trente jours, des cotisations versées à l'assureur.

Les garanties facultatives prennent fin :

- au 31 décembre qui suit votre demande de résiliation des garanties, qui doit nous être adressée au plus tard, le 31 octobre précédent ;
- à la rupture de votre contrat de travail. Par dérogation, en application du dispositif de portabilité prévu à l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale, la garantie peut être maintenue, selon les modalités et conditions fixées au « chapitre VII – Prise d'effet et cessation des garanties obligatoires – Maintien des garanties au titre de la portabilité » ;
- à la résiliation du contrat d'assurance collective par votre employeur ou par l'organisme assureur ;
- lorsque des modifications sont apportées à vos droits et obligations, vous pouvez dénoncer votre adhésion aux garanties facultatives, en nous adressant une demande en ce sens, dans

le délai d'un mois à compter de la réception de l'information relative à ces modifications ;

- en cas de non-paiement des cotisations afférentes ;
- à la date à laquelle les ayants droit perdent cette qualité au regard de la définition du présent contrat.

VOS REMBOURSEMENTS

Pour obtenir le premier remboursement, vous devez avoir rempli et signé un bulletin individuel d'adhésion mentionnant, le cas échéant, vos ayants droit, auquel doit être joint un relevé d'identité bancaire ou postal et une photocopie de l'attestation de la carte d'assuré social des personnes à assurer. Ce bulletin doit nous avoir été transmis par le biais de votre employeur.

Vous bénéficiez du système de télétransmission Noémie

Ce dispositif vous évite de nous adresser les décomptes de la Sécurité sociale. En effet, dès que vous vous êtes servi de votre carte Vitale ou après avoir envoyé votre feuille de soins à la Sécurité sociale, cette dernière nous transmet le montant des remboursements à verser. Nous procédons au virement du remboursement complémentaire directement sur votre compte bancaire.

Vous ne pouvez pas bénéficier du système de télétransmission Noémie

La Sécurité sociale effectuera son remboursement et vous enverra un décompte de prestations que vous devez faire parvenir à l'adresse suivante accompagné, le cas échéant, des factures (optique, dentaire...) :

CENTRE DE GESTION
CREDIT AGRICOLE ASSURANCES
TSA 50190
28039 CHARTRES CEDEX

L'assureur se réserve le droit de vous demander tout justificatif prouvant la bonne exécution des soins dont vous demandez le remboursement au titre de ce contrat.

Conformément à la réglementation, vous pourrez bénéficier du tiers payant auprès des praticiens qui l'acceptent.



VOTRE ADHESION

Quels sont les bénéficiaires du contrat ?

Sont bénéficiaires des garanties obligatoires souscrites par votre entreprise :

- l'ensemble des salariés du souscripteur,
- Les invalides dont le contrat de travail est suspendu,
- les enfants définis de la manière suivante :
- Les enfants de moins de 25 ans rattachés au foyer fiscal de l'assuré, de son conjoint, ou partenaire de PACS ou de son concubin.
- Quel que soit leur âge, les enfants de l'assuré et ceux de conjoint, ou partenaire de PACS ou de son concubin, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne puissent se livrer à aucune activité rémunératrice, sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21^e anniversaire.
- Les enfants au titre duquel vous versez une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu et qui remplit l'une des deux conditions énumérées ci-dessus.
- Cette limite d'âge est prorogée jusqu'à 28 ans pour les enfants non-salariés, non imposables, et s'ils justifient de la poursuite d'étude secondaire ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé.
- Les enfants de moins de 26 ans rattachés au foyer fiscal de l'assuré, de son conjoint si l'enfant :
 - Recherche un premier emploi et est inscrit à ce titre au Pôle emploi,
 - S'il exerce une activité rémunérée lui procurant un revenu mensuel inférieur au RSA mensuel.

Dans le cadre de l'extension famille facultative, peuvent également être bénéficiaires des garanties obligatoires vos ayants droit, tels que définis ci-après.

Sont considérées comme ayants droit, les personnes suivantes :

- Votre conjoint, c'est-à-dire non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée, non divorcé ou votre partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS).

- En l'absence de conjoint ou de partenaire de PACS, votre concubin célibataire, divorcé ou veuf. Le concubin s'entend de la personne qui vit en concubinage avec vous. Le concubinage doit être notoire et permanent pendant une durée d'au moins deux ans. Aucune durée n'est exigée si un enfant, que vous avez reconnu, est né de cette union.
- Tant que le mariage ou le PACS n'est pas dissous, votre conjoint légitime peut disposer d'un droit au remboursement, excluant de ce fait, et sans recours possible, votre concubin de l'accès aux garanties. En cas de divorce ou de dissolution du PACS, les droits aux prestations de votre concubin prennent effet au lendemain de la date du jugement de dissolution.

Comment réaliser l'adhésion des bénéficiaires ?

Pour bénéficier des garanties vous devez compléter, signer et retourner à votre employeur le bulletin individuel d'adhésion matérialisé ou dématérialisé mentionnant, le cas échéant, les ayants droit.

Ce bulletin doit être accompagné des justificatifs (cités dans celui-ci) suivants :

Pour vous :

- une photocopie de l'attestation de votre carte d'assuré social que vous pouvez récupérer sur ameli.fr ou dans votre caisse d'assurance maladie,
- votre relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne.

Si vous êtes concerné :

- une photocopie de l'attestation de la carte d'assuré social de vos ayants droit,
- les photocopies des certificats de scolarité pour les enfants de plus de 18 ans ou tout document justifiant de leur situation d'ayant droit,
- l'attestation de PACS,
- votre certificat de concubinage ou une attestation sur l'honneur.

Vous devez fournir à l'assureur, à l'adhésion et à tout moment à sa demande, tout document permettant de justifier de la qualité de bénéficiaire.



VOS GARANTIES

Vous êtes également tenu de déclarer en cours de contrat toute modification intervenant dans votre situation (changement d'adresse, modification de la situation de famille dans le mois suivant la modification).

PRISE D'EFFET ET CESSATION DES GARANTIES OBLIGATOIRES

Quand prennent effet vos garanties ?

Les garanties obligatoires prennent effet :

- à la date d'effet du contrat collectif, qui démarre obligatoirement un premier du mois, si vous faites partie des effectifs et appartenez à la catégorie de personnel assurée à cette date ;
- ou à la date de votre embauche, si cette date est postérieure à la date d'effet du contrat collectif et que vous entrez dans la catégorie définie aux Conditions Particulières ;
- ou à la date à laquelle vous entrez dans la catégorie définie aux Conditions Particulières.

Pour vos ayants droit :

- à la même date que vous, sous réserve qu'ils répondent aux conditions d'ayants droit,
- à la date à laquelle ils répondent aux conditions d'ayants droit, sous réserve que le bulletin individuel d'adhésion matérialisé ou dématérialisé parvienne à l'assureur, au plus tard dans les trente jours qui suivent cette date. A défaut, au 1^{er} jour du mois qui suit la réception du bulletin individuel d'adhésion par l'assureur ;
- au lendemain de la radiation par le précédent organisme assureur, sous réserve que le bulletin individuel d'adhésion nous parvienne au plus tard dans les trente jours qui suivent la date de radiation.

Les actes et prescriptions médicales ou chirurgicales antérieurs à la date de prise d'effet du contrat ou de la garantie ou dont la date de première proposition, de prescription ou d'exécution se situe avant la date de prise d'effet du contrat ou de la garantie ne peuvent donner lieu à remboursement par l'assureur.

Quand cessent vos garanties ?

Vos garanties cessent :

- à la date de résiliation du contrat collectif par votre employeur ou par l'assureur quel qu'en soit le motif,

- à la date de rupture de votre contrat de travail quel qu'en soit le motif (licenciement, démission, départ à la retraite, décès, etc.). Par dérogation, en cas de rupture de votre contrat de travail, en application du dispositif de portabilité prévu à l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale, vos garanties peuvent être maintenues, selon les modalités et conditions fixées dans le paragraphe ci-dessous intitulé « Maintien des garanties au titre de la portabilité ». Votre adhésion cesse à la date à laquelle vous cessez définitivement et totalement de bénéficier des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période de maintien de couverture,
- à la date à compter de laquelle vous et, le cas échéant, vos ayants droit ne remplissez plus les conditions requises pour adhérer au contrat,
- à la date de passage dans une catégorie de personnel non visée ci-dessus,
- à la date à laquelle vous, et le cas échéant vos ayants droit, bénéficiez d'une dispense d'adhésion, telle que prévue par la réglementation.

La cessation de la garantie, quelle qu'en soit la cause, entraîne à sa date d'effet, la perte immédiate des droits aux prestations pour vous et vos ayants droit.

Cas particuliers de suspension de contrat de travail

Vos garanties vous sont maintenues, pendant la période de suspension de votre contrat de travail :

- pour cause de maladie ou d'accident d'origine professionnelle ou non, ou de maternité ;
- dans les autres cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à un maintien total ou partiel de salaire ou au versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par votre employeur.

Les cotisations restent intégralement dues pendant la période de suspension de votre contrat de travail.

Dans les autres cas de suspension de votre contrat de travail, la garantie peut également être maintenue sous réserve que vous en fassiez la demande au plus tard dans les trente jours (30 jours) suivant la date de début de suspension de votre contrat de travail et que vous acquittiez la cotisation correspondant à ce maintien.

Dans les autres cas, la garantie est suspendue à compter de la date de suspension de votre contrat de travail.



Les soins survenus pendant la période de suspension de la garantie ne donnent lieu à aucune prise en charge. Seuls les soins prescrits et effectués antérieurement à la date de début de la suspension sont remboursés pendant la période de suspension.

Maintien des garanties au titre de la portabilité

En application de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale, en cas de cessation du contrat de travail non consécutive à une faute lourde, vos garanties Frais de santé sont maintenues si vous bénéficiez d'une prise en charge par le régime d'assurance chômage, sous réserve des conditions et modalités suivantes :

- Le maintien de la garantie est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois ;
- Le bénéfice du maintien de la garantie est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts avant la date de cessation du contrat de travail ;
- Les garanties maintenues au bénéfice des anciens salariés sont celles en vigueur dans l'entreprise ; par conséquent, les anciens salariés éligibles au dispositif de portabilité et, le cas échéant, leurs ayants droit, bénéficient des garanties Frais de santé du présent contrat dans les mêmes conditions que les salariés actifs du souscripteur. En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions ;
- L'ancien salarié doit justifier auprès de l'assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, qu'il remplit les conditions pour bénéficier du dispositif de portabilité ;
- L'employeur signale le maintien de la garantie Frais de santé dans le certificat de travail des anciens salariés et informe l'assureur dans un délai de 15 jours de la cessation du contrat de travail des anciens salariés bénéficiaires du dispositif de portabilité.

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

La garantie Frais de santé cesse :

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

Maintien des garanties au titre de la loi Evin

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

1° Les anciens assurés, bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties au titre du mécanisme de portabilité prévue à l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale.

2° Les personnes garanties du chef de l'assuré, décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès. Le souscripteur informe l'assureur du décès de l'assuré.

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



DISPOSITIONS GENERALES

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

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

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

Médiation

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

02 37 91 53 19 (prix d'un appel local non surtaxé)

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

CENTRE DE GESTION
CREDIT AGRICOLE ASSURANCES
TSA 50190
28039 CHARTRES CEDEX

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

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

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

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

ou sur le site internet :
<http://www.mediation-assurance.org>

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

Délai de prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

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.

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

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

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



VOS GARANTIES

Subrogation

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

Fausse déclaration

Toute réticence ou fausse déclaration modifiant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion de l'assureur entraînerait l'application de l'article L.113-8 du Code des assurances, lequel prévoit :

« Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part du souscripteur, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par le souscripteur a été sans influence sur le sinistre.

Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

Les dispositions du second alinéa du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie ».

Protection des données personnelles

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

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

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

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

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

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

Conformément à la réglementation en vigueur, PREDICA peut consulter la liste des Nationaux Spécialement Désignés et Personnes Bloquées du Département du Trésor américain (<http://sdnsearch.ofac.treas.gov>).

- Dans le cadre de lutte contre la fraude : 6 mois à compter de l'alerte pour les alertes non pertinentes. Pour les alertes pertinentes, la durée de conservation est de 5 ans à compter de la clôture du dossier de fraude ou prescription légale applicable en cas de poursuite.

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

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

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

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



VOS GARANTIES

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

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

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

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

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

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

Autorité de contrôle

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

Les prestations de la présente convention d'assistance sont assurées auprès de **FRAGONARD ASSURANCES**, Société anonyme au capital de 37 207 660.00 €, 479 065 351 RCS Paris, siège social : 2 rue Fragonard – 75017 Paris, entreprise régie par le Code des assurances, soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (4 Place de Budapest - 75436 PARIS Cedex 09).

Fragonard Assurances est un organisme de télémédecine au sens des dispositions de l'article L.6316-1 et R.6316-1 1° du Code de la santé publique, ayant conclu un contrat de télémédecine avec l'Agence Régionale de Santé d'Île de France (ARS) portant sur la fourniture d'un service de téléconsultation.

Les prestations de la présente convention sont mises en œuvre par **AWP France SAS**, Société par actions simplifiée au capital de 7 584 076.86 €, 490 381 753 RCS Bobigny, Société de courtage d'assurances, inscription ORIAS 07 026 669 - <http://www.orias.fr/>, siège social : 7, rue Dora Maar – 93400 Saint-Ouen,

Ci-après dénommée le « **Service Assistance** ».

LEXIQUE

Dans la présente convention d'assistance, les termes et expressions qui commencent par une lettre majuscule auront les significations indiquées ci-après.

Qui est assuré ?

Ont la qualité d'Assuré :

- Le salarié, adhérent au contrat de groupe *Complémentaire Santé Collective* ;
- Et, son/ses éventuel(s) ayant(s) droit s'il(s) est (sont) affilié(s) à ce contrat à titre obligatoire ou facultatif, ayant la qualité de Conjoint ou d'enfant à charge et résidant en France, c'est-à-dire :
 - Le conjoint du salarié, non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée, non divorcé ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) et vivant habituellement sous son toit.
 - En l'absence de conjoint, le concubin du salarié. Le concubin s'entend de la personne qui vit en concubinage avec l'assuré. Le concubinage doit être notoire et permanent pendant une durée d'au moins deux ans, sauf si un enfant, reconnu par l'assuré, est né de cette union.

Le conjoint, le partenaire lié par un PACS ou le concubin du salarié sont dénommés le « Conjoint »

- un enfant de moins de 21 (vingt et un) ans, fiscalement à charge du salarié ou de son Conjoint assuré, ou de son partenaire de PACS ou de son concubin et
- tout enfant de moins de 28 (vingt-huit) ans poursuivant ses études supérieures et/ou percevant un revenu inférieur à 55% du SMIC et bénéficiant du régime étudiant.
- Tout enfant vivant sous le toit du salarié et fiscalement à sa charge quel que soit son âge s'il perçoit une allocation pour adulte handicapé attribuée avant son 21^{ème} anniversaire.

Les enfants assurés mentionnés ci-dessus sont dénommés les « Enfant(s) »

Comment se définissent les événements ou situations faisant l'objet de la convention ?

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

Affection de Longue Durée : Maladie reconnue comme Affection de longue durée par l'Assurance Maladie et prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie. Il existe 3 (trois) catégories d'Affection de longue durée :

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

Hospitalisation : Tout séjour dans un établissement de soins privé ou public relatif :

- soit à une hospitalisation programmée d'une durée d'au moins 5 jours consécutifs,
- soit à une hospitalisation imprévue d'une durée d'au moins 24 heures consécutives, à la suite d'un Accident ou d'une Maladie.

Sont couverts les cas de complications liées à l'accouchement entraînant :

- soit une prolongation du séjour de la mère en maternité,
- soit une admission dans un autre établissement hospitalier

Immobilisation au Domicile : Toute incapacité physique à se déplacer ou à effectuer les tâches ménagères habituelles, consécutive à un Accident ou une Maladie, survenant inopinément, constatée par un Médecin et nécessitant le repos au Domicile prescrit par un Médecin.

Maladie : A l'exception des Affections de Longue Durée, toute altération imprévisible et soudaine de santé constatée par un médecin faisant l'objet d'une prise en charge de la sécurité sociale.

Nos définitions géographiques

Déplacement : Tout déplacement en France au-delà d'un rayon de 50 (cinquante) km du Domicile.

Domicile : Lieu de résidence principale de l'Assuré situé en France, inscrit sur le contrat Complémentaire Santé Collective et dont l'adresse figure sur le dernier avis d'imposition sur le revenu.

Etranger : Tout pays hors de France, à l'exception des Pays non couverts.

France : France métropolitaine et les Territoires DROM, où se situe le Domicile de l'Assuré.

Pays non couverts : Corée du Nord et pays figurant sur la liste, mise à jour des pays exclus. Celle-ci est disponible sur le site internet à l'adresse suivante : <http://paysexclus.votreassistance.fr>

Territoires DROM : Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte et Réunion.

Transport : Tout déplacement non médicalisé s'effectuant par :

- train en 2nde classe sauf mention contraire,
- avion en classe économique,
- véhicule de location,
- taxi (pour toute distance inférieure à 50km).

Quels sont les proches à votre charge que nous pouvons assister en cas d'événement garanti par le Service Assistance ?

Conjoint : Conjoint, partenaire de PACS ou concubin notoire de l'Assuré et vivant habituellement sous son toit, non affilié au contrat de groupe *Complémentaire Santé Collective*.

Enfant : Tout enfant non affilié au contrat de groupe *Complémentaire Santé Collective*, vivant sous le toit de l'Assuré et fiscalement à sa charge âgé de moins de 15 ans ou quel que soit son âge s'il perçoit une allocation pour adulte handicapé attribuée avant son 21^{ème} anniversaire.

Enfant handicapé : Tout enfant non affilié au contrat de groupe *Complémentaire Santé Collective*, vivant sous le toit de l'Assuré et fiscalement à sa charge quel que soit son âge s'il perçoit une allocation pour adulte handicapé attribuée avant son 21^{ème} anniversaire.

Ascendant dépendant à charge : Tout ascendant (parents, beaux-parents et grands-parents) dépendant, vivant sous le toit de l'Assuré et fiscalement à sa charge.

La dépendance se caractérise par des restrictions dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et sociale, causées notamment par des troubles du comportement et/ou des atteintes physiques. La dépendance suppose une perte d'autonomie liée au grand âge et peut être partielle ou totale.

Proche : toute personne physique, membre de la famille ou non, résidant sur le territoire où se situe le Domicile de l'Assuré et désignée par l'Assuré.

Quels sont les autres acteurs qui sont partie prenante du contrat ?

Médecin : Tout professionnel de santé habilité à dispenser des actes médicaux.

Prestataire : Prestataire de services professionnel référencé par le Service Assistance.

Où et comment la convention s'exerce-t-elle ?

Validité territoriale

Les prestations de la présente convention sont acquises uniquement en France, à l'exception des prestations :

- « Envoi de médicaments » prévu à l'article « Envoi de médicaments (UNIQUEMENT LORS D'UN DEPLACEMENT A L'ETRANGER) » qui est acquise à l'Etranger, à l'exclusion des Pays non couverts.
- Téléconseil et téléconsultation qui est acquise en France et à l'Etranger, à l'exclusion des Pays non couverts.

Dispositions spécifiques pour les résidents des Territoires DROM :

- Le transfert des Enfants ou des Proches et la présence au chevet ainsi que la garde des animaux de compagnie (chiens, chats) sont effectués exclusivement au départ et à destination du département où est situé le Domicile.
- La garde des animaux de compagnie (chiens, chats) est acquise dans la limite des disponibilités locales.

Les prestations d'assistance sont accordées sans franchise kilométrique.

Evénements garantis

Les conditions de délivrance des garanties de la présente convention varient selon les prestations.

Les conditions et limites sont précisées dans la présente convention et en synthèse.

Durée de validité

Les prestations sont accordées exclusivement pendant la durée de validité du contrat collectif Complémentaire Santé Collective souscrit auprès de PREDICA et de l'accord liant PREDICA et Fragonard Assurances pour la délivrance de ces prestations.

Comment mettre en œuvre les prestations d'assistance ?

Toute demande de mise en œuvre de l'une des prestations de la présente convention doit obligatoirement être formulée directement par l'Assuré ou ses Proches auprès du Service Assistance par l'un des moyens ci-après :

- Téléphone : 01.40.25.59.62 (numéro non surtaxé)
- Téléphone pour contacter le service de téléconsultation : **0969 32 84 18** (numéro non surtaxé)

Accessibles 24h / 24, 7j / 7, sauf mentions contraires, en indiquant :

- le nom et le n° du contrat B9224080001,
- le nom et le prénom de l'Assuré,
- l'adresse exacte de l'Assuré,
- le numéro de téléphone auquel l'Assuré peut être joint.

DISPOSITIONS COMMUNES EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE A DOMICILE OU EN DEPLACEMENT, HOSPITALISATION IMPREVUE DE 24 HEURES AU MOINS OU PREVUE DE 5 JOURS AU MOINS

EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE DE L'ASSURE SURVENU A DOMICILE

Le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers ou le SAMU et le Médecin traitant. En France, les secours de première urgence sont gratuits.

Livraison de médicaments à Domicile

Le Service Assistance prend en charge le service de livraison de médicaments.

Si à la suite de la délivrance d'une ordonnance nécessitant l'achat urgent de médicaments indispensables, l'Assuré n'est pas en mesure de se déplacer, le Service Assistance recherche, achète et apporte au Domicile ces médicaments, sous réserve de leur disponibilité en pharmacie.

Le Service Assistance ne peut être tenu pour responsable des délais imputables aux organismes de transport sollicités pour l'acheminement des médicaments.

Le Coût des médicaments reste à la charge de l'Assuré.

Aide à la recherche d'une infirmière

Sur simple appel téléphonique du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de France métropolitaine), sur prescription médicale, le Service Assistance aide à rechercher et envoie une infirmière au Domicile, dans la limite des disponibilités locales.

Les frais de déplacements, de soins et d'honoraires seront pris en charge (totalement ou partiellement) par le régime obligatoire de l'Assuré ou son contrat Complémentaire Santé Collective.

Aide en cas d'Immobilisation au Domicile

Le Service Assistance :

- Recherche et missionne une personne pour effectuer une démarche, une course ou aider aux actes de la vie courante.
- Réserve un taxi ou une ambulance ou un VSL s'il est dans l'obligation de sortir.
- Organise la prise de note de la commande et la livraison des plats disponibles dans le commerce local.

Pour ces 3 (trois) prestations, les frais restent à la charge de l'Assuré.

Veille sur les Ascendants dépendants à charge

Lorsque l'Assuré est victime d'une Maladie ou un Accident ne nécessitant pas d'Hospitalisation et qu'il est dans l'incapacité de s'occuper de ses Ascendants dépendants à charge, le Service Assistance recherche et prend en charge l'intervention d'une personne compétente entre 8h00 et 19h00 du lundi au vendredi, hors jours fériés, pendant **20 (vingt) heures maximum.**

Chaque prestation dure au minimum 2 (deux) heures.

EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE DE L'ASSURE SURVENU LORS D'UN DEPLACEMENT

Les prestations d'assistance sont accordées sur le territoire de Domicile de l'Assuré, à l'exception de l'envoi de médicaments qui est accordé à l'Etranger :

- en France métropolitaine, au-delà de 50 (cinquante) km du Domicile.

- Territoires DROM : sans franchise kilométrique.

Transport sanitaire

Si l'état de santé de l'Assuré le permet et le justifie, le Service Assistance organise et prend en charge son transport en France.

Selon la gravité du cas, le transport est effectué, par le moyen le plus approprié jusqu'au service hospitalier le mieux adapté, proche du Domicile. Dans le cas où l'Hospitalisation à l'arrivée n'est pas indispensable, le transport est assuré jusqu'à son Domicile.

Si l'Hospitalisation n'a pas pu se faire dans un établissement proche de son Domicile, le Service Assistance organise et prend en charge, lorsque son état de santé le permet, le transport de cet hôpital au Domicile.

Le Service Assistance prend également en charge les frais d'évacuation sur piste de ski, sans franchise kilométrique, à concurrence de 460 € TTC (frais de recherche exclus) ;

Le Service Assistance ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés.

Prolongation de séjour à l'hôtel

Si l'état de santé de l'Assuré ne justifie pas une Hospitalisation ou un transport sanitaire, et si l'Assuré ne peut entreprendre son retour à la date initialement prévue, le Service Assistance prend en charge les frais de prolongation de séjour à l'hôtel, ainsi que ceux d'une personne demeurant à son chevet.

Les frais de séjour à l'hôtel sont pris en charge jusqu'à un maximum de **80 € TTC par nuit et par personne**, cette prise en charge est au **maximum de 800 € TTC par personne**. Les frais de séjour à l'hôtel s'entendent toujours **hors frais de restauration**.

Envoi de médicaments (UNIQUEMENT LORS D'UN DEPLACEMENT A L'ETRANGER)

Le Service Assistance recherche et envoie les médicaments indispensables à la poursuite d'un traitement en cours dans le cas où, ne disposant plus de ces médicaments, suite à un évènement imprévisible, il est impossible à l'Assuré de se les procurer sur place ou d'obtenir leur équivalent.

Le Service Assistance ne peut être tenu pour responsable des délais imputables aux organismes de transport sollicités pour l'acheminement des médicaments ni d'une éventuelle indisponibilité des médicaments.

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

Conditions applicables aux interventions

Dans tous les cas, la décision d'assistance est prise en considération du seul intérêt médical de l'Assuré et appartient exclusivement au Médecin du Service Assistance, après contact avec le Médecin traitant sur place, et éventuellement la famille de l'Assuré.

EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE D'UNE DURÉE D'AU MOINS 24 HEURES (HORS DEPLACEMENT)

Attention : si l'Hospitalisation est consécutive à une Maladie ou à un Accident survenu lors d'un Déplacement, se reporter à l'article « EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE DE L'ASSURÉ SURVENU LORS D'UN DEPLACEMENT » : en cas d'Accident ou de Maladie de l'Assuré survenu lors d'un déplacement.

Transport vers l'hôpital et retour au Domicile

Dans le cas où l'état de santé de l'Assuré nécessite une Hospitalisation d'une durée d'au moins 24 heures, le Service Assistance organise sur prescription médicale et dans la limite des disponibilités locales, le transport par ambulance du Domicile vers un hôpital situé dans un rayon de 50 (cinquante) kilomètres.

A l'issue de son Hospitalisation, le Service Assistance organise dans la limite des disponibilités locales, son transport par ambulance, si son état de santé ne lui permet pas de se déplacer dans des conditions normales, de l'hôpital à son Domicile (dans un rayon de 50 (cinquante) kilomètres).

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

Aide-ménagère à Domicile

Le Service Assistance recherche, missionne et prend en charge, dans la limite des disponibilités locales, une aide-ménagère pendant **9 (neuf) heures maximum** réparties sur 3 (trois) semaines (3 (trois) heures minimum par intervention).

Cette prestation peut être fournie entre 8h00 et 19h00 du lundi au vendredi, hors jours fériés. La mission de l'aide-ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas, etc.) au Domicile.

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

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

Pendant l'Hospitalisation ou à la suite immédiate d'une Hospitalisation, le Service d'Assistance organise et prend en charge :

- Garde au Domicile des Enfants
 - La garde au Domicile des Enfants, des petits-enfants de moins de 15 ans, et Enfants handicapés dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de **24 (vingt-quatre) heures** par Hospitalisation.
 - Chaque prestation de garde d'enfant dure au **minimum 4 (quatre) heures** et peut-être fournie entre 8h00 et 19h00, du lundi au samedi, hors jours fériés.
 - La prestation est rendue par une travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide-soignante. Sa mission consiste à garder les Enfants de l'Assuré au Domicile et à préparer les repas.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Transfert des Enfants et Enfants handicapés ou présence d'un Proche en cas d'Hospitalisation d'une durée supérieure à 24 heures ».

- Conduite à l'école des Enfants et Enfants handicapés
 - La garde d'enfant pourra, si aucun Proche ne peut se rendre disponible, conduire l'Enfant à la crèche ou à l'école et retourner le chercher.
 - Cette prestation est accordée de 8h00 à 19h00 du lundi au samedi, hors jours fériés pendant 5 (cinq) jours consécutifs, et dure au **minimum 2 (deux) heures par jour**.
- Taxi
 - Un taxi pour accompagner les Enfants à leurs activités extra-scolaires (musique, sport ...). La garde d'enfant accompagnera l'Enfant pendant ses heures de garde.
 - La prise en charge des frais de taxi ne pourra excéder un montant forfaitaire de **77 € TTC par Hospitalisation**.
- Transfert des Enfants et Enfants handicapés ou présence d'un Proche en cas d'Hospitalisation d'une durée supérieure à 24 heures :
 - Soit le transfert aller et retour, en train 2^{de} classe ou avion classe économique, des Enfants chez un Proche. Si nécessaire, l'accompagnement des Enfants et Enfants handicapés est effectué par un Proche ou un Prestataire.
 - Soit le transport aller et retour, en train 2^{de} classe ou avion classe économique, d'un Proche, afin qu'il vienne au Domicile pour effectuer la garde des enfants.

Ces prestations ne sont pas cumulables avec la prestation « Garde au Domicile des Enfants ».

Précision : le Service Assistance se réserve la possibilité de demander à l'Assuré un bulletin d'hospitalisation.

Veille sur les Ascendants dépendants à charge

Le Service Assistance recherche, missionne à son Domicile et prend en charge une personne qui aide l'Ascendant aux actes de la vie quotidienne.

Cette prestation dure au **minimum 2 (deux) heures par jour** et peut être fournie de 8h00 à 19h00 du lundi au samedi, hors jours fériés, pendant **5 (cinq) jours maximum**.

Présence au chevet et séjour à l'hôtel d'un membre de la famille

Le Service Assistance organise et prend en charge :

- le transport aller et retour, en train 2^{de} classe ou avion classe économique, d'un Proche, afin qu'elle vienne à son chevet,
- le séjour à l'hôtel du Proche pendant **2 (deux) nuits maximum** à concurrence de **80 € TTC par nuit (les frais de restauration sont exclus)**.

Assistance aux animaux de compagnie (chiens, chats à l'exclusion de tous les autres animaux)

Le Service Assistance organise et prend en charge :

- Soit à l'extérieur du Domicile, la garde en pension complète chez un professionnel, dans la limite de **230 € TTC maximum** par période d'Hospitalisation ;
- Soit le transport chez un Proche dans un rayon maximum de 100 (cent) km autour du Domicile.

Ces prestations sont non cumulables.

L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. **Sont exclus les chiens de 1^{ère} et 2^{de} catégorie (article L211-12 du Code rural et de la pêche maritime).**

Aide dans la vie quotidienne

Si un ascendant, habituellement chargé de la garde des Enfants de l'Assuré, est hospitalisé pour une durée supérieure à 1 (un) jour, et si aucun Proche ne peut s'occuper de ceux-ci, le Service Assistance recherche, missionne et prend en charge une garde d'enfant du lundi au samedi, hors jours fériés entre 8h00 et 19h00 à concurrence de **5 (cinq) jours maximum**.

Cette prestation dure au **minimum 2 (deux) heures par jour**.

EN CAS D'HOSPITALISATION PROGRAMMEE D'UNE DUREE D'AU MOINS 5 JOURS CONSECUTIFS

Transport vers l'hôpital et Retour au Domicile

Dans le cas où l'état de santé de l'Assuré nécessite une Hospitalisation programmée d'une durée d'au moins 5 jours consécutifs, le Service Assistance organise, dans la limite des disponibilités locales, son transport par ambulance du Domicile vers un hôpital situé dans un rayon de 50 (cinquante) km maximum.

A l'issue de son Hospitalisation, le Service Assistance organise dans la limite des disponibilités locales, son transport par ambulance, si son état de santé ne lui permet pas de se déplacer dans des conditions normales, de l'hôpital à son Domicile (dans un rayon de 50 (cinquante) km).

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

Aide-ménagère à Domicile

Le Service Assistance recherche, missionne et prend en charge, dans la limite des disponibilités locales, une aide-ménagère pendant **9 (neuf) heures maximum** réparties sur 3 (trois) semaines (3 (trois) heures minimum par intervention).

Cette prestation peut être fournie entre 8h00 et 19h00 du lundi au vendredi, hors jours fériés. La mission de l'aide-ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas, etc.) au Domicile.

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

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

Pendant l'Hospitalisation ou à la suite immédiate d'une Hospitalisation, le Service d'Assistance organise et prend en charge :

Lorsque l'Assuré est hospitalisé pour plus de 5 jours consécutifs :

- Garde des Enfants, petits-enfants de moins de 15 ans et Enfants handicapés au Domicile

Le Service Assistance organise et prend en charge la garde au Domicile des Enfants, dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de **24 (vingt-quatre) heures** par période d'Hospitalisation.

Chaque prestation de garde d'enfant dure au **minimum 4 (quatre) heures** et peut être fournie entre 8h00 et 19h00, du lundi au samedi, hors jours fériés.

La prestation est rendue par une travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide-soignante. Sa mission consiste à garder les Enfants de l'Assuré au Domicile, préparer les repas.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Transfert des Enfants et Enfants handicapés ou présence d'un Proche ».

- Conduite à l'école des Enfants et Enfants handicapés
 - La garde d'enfant pourra, si aucun Proche ne peut se rendre disponible, accompagner l'Enfant à la crèche ou à l'école et retourner le chercher à condition que le déplacement se fasse sans véhicule.
 - Cette prestation est accordée de 8h00 à 19h00 du lundi au samedi, hors jours fériés pendant 5 (cinq) jours consécutifs et dure au minimum 2 (deux) heures par jour.
- Taxi
 - Un taxi pour accompagner les enfants à leurs activités extra-scolaires (musique, sport ...). La garde d'enfant accompagnera les Enfants pendant ses heures de garde.
 - La prise en charge des frais de taxi ne pourra excéder un montant forfaitaire de 77 € par Hospitalisation.
 - Précision : le Service Assistance se réserve la possibilité de demander à l'Assuré un bulletin d'hospitalisation.
- Transfert des Enfants et Enfants handicapés chez un Proche ou présence d'un Proche en cas d'Hospitalisation d'une durée supérieure à 5 (cinq) jours:
 - Soit le transfert aller et retour, en train 2nde classe ou avion classe économique, des Enfants chez un Proche. Si nécessaire, l'accompagnement des Enfants et Enfants handicapés est effectué par un Proche ou un Prestataire.
 - Soit le transport aller et retour, en train 2nde classe ou avion classe économique, d'un Proche, afin qu'il vienne au Domicile pour effectuer la garde des Enfants.

Ces prestations ne sont pas cumulables avec la prestation « Garde au Domicile des Enfants ».

Veille sur les Ascendants dépendants à charge

Le Service Assistance recherche, missionne à son Domicile et prend en charge une personne qui aide l'Ascendant aux actes de la vie quotidienne.

Cette prestation dure au **minimum 2 (deux) heures** par jour et peut être fournie de 8h00 à 19h00 du lundi au samedi, hors jours fériés, pendant **5 (cinq) jours maximum**.

Présence au chevet et séjour à l'hôtel d'un membre de la famille

Le Service Assistance organise et prend en charge :

- Le transport aller et retour, en train 2^{de} classe ou avion classe économique, d'un Proche, afin qu'il vienne à votre chevet,
- Le séjour à l'hôtel du Proche pendant **2 (deux) nuits maximum** à concurrence de **80 € TTC par nuit (les frais de restauration sont exclus)**.

Assistance aux animaux de compagnie (chiens, chats à l'exclusion de tous les autres animaux)

Le Service Assistance organise et prend en charge :

- Soit à l'extérieur du Domicile, la garde en pension complète chez un professionnel, dans la limite de **230 € TTC maximum** par période d'Hospitalisation ;
- Soit le transport chez un Proche, dans un rayon maximum de 100 (cent) km autour du Domicile.

Ces prestations sont non cumulables.

L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. **Sont exclus les chiens de 1^{ère} et 2^{de} catégorie (article L211-12 du Code rural et de la pêche maritime).**

Aide dans la vie quotidienne

Si un ascendant, habituellement chargé de la garde des Enfants, est hospitalisé pour une durée supérieure à 5 (cinq) jours consécutifs, et si aucun Proche ne peut s'occuper de ceux-ci, le Service Assistance recherche, missionne et prend en charge une garde d'enfant du lundi au samedi, hors jours fériés entre 8h00 et 19h00 à concurrence de **5 (cinq) jours maximum**.

Cette prestation dure au **minimum 2 (deux) heures par jour**.

Accès au site Hospizen – Accessible à compter du 1^{er} janvier 2019

En cas d'hospitalisation, et en complément des moyens mis à sa disposition pour contacter le Service Assistance, l'Assuré peut accéder à Hospizen.

Le site Hospizen, <https://www.hospizen.fr>, lui permet, préalablement à une hospitalisation, de consulter en ligne des informations relatives à la préparation pratique de son hospitalisation et de son retour au Domicile.

De plus l'Assuré peut également via ce site présélectionner, préalablement ou postérieurement à son Hospitalisation, les prestations d'assistance dont il souhaite bénéficier à son retour au Domicile.

Le service Assistance contactera l'Assuré pour finaliser l'organisation des prestations d'assistance dont les conditions et limites de mise en œuvre sont prévues à l'Article « EN CAS D'HOSPITALISATION PROGRAMMEE D'UNE DUREE D'AU MOINS 5 JOURS CONSECUTIFS ».

EN CAS D'AFFECTION DE LONGUE DUREE

Sur simple appel téléphonique, le Service Assistance met en œuvre, dans les conditions et limites indiquées en annexe 1 « SYNTHESE », les prestations ci-après :

Evaluation des besoins et recommandations

Le Service Assistance analyse la situation médico-sociale et socio-économique de l'Assuré, évalue les besoins et lui propose les solutions d'aide et de services adaptées ainsi que les moyens de les mettre en œuvre et de les financer soit au titre de l'enveloppe de services et d'aide à Domicile proposée, soit en mobilisant d'autres sources de financement.

L'Assuré est seul juge des prestations qu'il souhaite utiliser.

La responsabilité du Service Assistance ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des recommandations faites.

Enveloppe de services et d'aide à Domicile

Le Service Assistance organise et prend en charge les services choisis par l'Assuré parmi les services proposés ci-après, dans la limite d'une enveloppe dont le montant, les conditions et les limites sont indiqués ci-après et listés en annexe 1 « EN SYNTHESE ».

La mise en œuvre des services et aides à Domicile est subordonnée aux disponibilités locales et aux horaires d'ouverture des réseaux de Prestataires.

Le délai pour la mise en place des prestations est d'une demi-journée ouvrée à compter de la demande.

Les services et aides à Domicile peuvent être demandés au fur et à mesure des besoins, pendant la durée de l'évènement garanti ouvrant droit à la prestation.

Le coût de chaque service utilisé vient en déduction du montant de l'enveloppe disponible.

Dès qu'il le souhaite, l'Assuré peut contacter le Service Assistance par téléphone pour connaître le solde encore disponible et obtenir des conseils sur son utilisation.

Il est précisé que les services proposés sont mis en place en fonction des besoins et des demandes de l'Assuré.

Le montant maximum indiqué en annexe 1 « EN SYNTHÈSE », ne saurait donner droit à un paiement en espèces.

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

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

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

Ci-après la description des services et aides à Domicile composée d'une enveloppe de services à Domicile et d'une enveloppe de services dédiée au transport :

1. Enveloppe de services à Domicile

Aide à Domicile : Auxiliaire de vie, travailleuse familiale, et aide-ménagère.

Le Service Assistance met à la disposition de l'Assuré une aide à Domicile qui peut être réalisée :

- soit par une auxiliaire de vie qui dispense des soins quotidiens (toilette quotidienne), hors soins médicaux relevant d'un médecin ou d'un(e) infirmier(ère),
- soit par une travailleuse familiale qui prodigue des conseils dans le domaine de l'éducation familiale,
- soit par une aide-ménagère qui effectue les petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, aide à la préparation des repas etc.) au Domicile de l'Assuré.

Chaque prestation d'aide à Domicile dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 18h00.

Garde à Domicile de l'Enfant de moins de 15 ans malade ou convalescent

Le Service Assistance organise et prend en charge l'intervention d'un Prestataire au Domicile pour garder l'Enfant, préparer ses repas et lui apporter les soins quotidiens.

Chaque prestation de la garde d'Enfant dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 et 19h00.

Veille ou prise en charge des Membres de la famille dépendants

Si aucun Proche n'est disponible sur place, le Service Assistance missionne :

- soit une auxiliaire de vie qui aide aux actes de la vie quotidienne (aide au lever, au coucher, toilette, repas, habillement, etc.)
- soit une personne de compagnie.

Chaque prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 19h00.

Portage des repas

Le Service Assistance organise et prend en charge le portage du repas au Domicile de l'Assuré avec un délai de mise en place de 4 (quatre) jours ouvrés maximum à compter de la demande. Ce service n'est pas disponible les samedis, dimanches et jours fériés.

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

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

Dans les zones non desservies ou lorsque le pack de repas n'est pas adapté, le Service Assistance peut proposer l'intervention d'un Prestataire pour préparer les repas au Domicile dans les conditions précisées à la prestation « Aide à Domicile » de l'article « TELECONSEIL SANTE ET TELECONSULTATION ».

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

Garde à Domicile des Enfants, petits-enfants, de moins de 15 ans et Enfants handicapés

Le Service Assistance organise et prend en charge la garde à Domicile des Enfants de l'Assuré Hospitalisé ou Immobilisé au Domicile.

Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 19h00.

La prestation est rendue dans la limite des disponibilités locales par un Prestataire dont la mission consiste à garder l'Enfant au Domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'Enfant (à l'exclusion des soins médicaux).

Pendant ses heures de présence, l'intervenant(e) pourra accompagner les Enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extrascolaires et retourner les chercher, à condition que le déplacement se fasse sans véhicule.

2. Enveloppe de transports et autres services

Transport

Le Service Assistance prend en charge le Transport non médicalisé de l'Assuré.

Préparation du retour au Domicile

Le Service Assistance organise et prend en charge la venue d'un Prestataire pour effectuer les tâches ménagères, ouvrir les volets, mettre le logement à température, faire des courses.

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

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

Le Service Assistance peut organiser le Transport de l'intervenant pour aller chercher les clés.

La prestation dure au minimum 2 (deux heures) et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 18h00.

Transfert d'un Proche au Domicile de l'Assuré

Le Service Assistance organise et prend en charge le transfert d'un Proche au Domicile de l'Assuré (Transport aller-retour) pour s'occuper de l'Assuré et/ou des Enfants.

Transfert des Enfants de moins de 15 ans et Enfants handicapés et/ou des Membres de la famille dépendants au Domicile d'un Proche

Le Service Assistance organise et prend en charge le transfert des Enfants et/ou des Ascendants dépendants à charge au Domicile d'un Proche (Transport aller-retour) ainsi que le voyage d'un Proche qui les accompagne (Transport aller-retour). Si nécessaire, le Service Assistance missionne un accompagnateur.

Conduite en taxi à l'école et/ou aux activités extra scolaires des Enfants de moins de 15 ans

Si aucun Proche ne peut accompagner les Enfants à l'école ou à leurs activités extrascolaires, le Service Assistance prend en charge le Transport des Enfants en taxi aller-retour depuis le Domicile. Les Enfants seront obligatoirement accompagnés d'un adulte désigné par l'Assuré.

Fermeture du Domicile quitté en urgence

En cas d'Hospitalisation de l'Assuré et s'il a quitté son Domicile précipitamment, le Service Assistance organise et prend en charge la venue d'un Prestataire aide-ménagère afin de fermer les accès du Domicile (volets, fenêtres, portes...), éteindre les lumières, les appareils électriques en fonctionnement, trier les denrées périssables, étendre le linge resté dans la machine à laver.

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

Le Service Assistance peut organiser le Transport aller-retour de l'aide-ménagère pour aller chercher les clés.

La prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 18h00.

Assistance aux animaux de compagnie (chats et chiens, à l'exclusion de tout autre animal)

Le Service Assistance organise et prend en charge la garde de l'animal de l'Assuré par un Prestataire, frais de nourriture compris.

L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens de 1^{ère} et 2^{nde} catégorie (article L211-12 du Code rural et de la pêche maritime).

Livraison de courses

Le Service Assistance organise et prend en charge la livraison des courses au Domicile.

L'Assuré doit être disponible pour fournir les fonds et la liste des produits souhaités.

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

Coiffure et esthétique

Le Service Assistance rembourse sur facture les services de soins suivants, dans la limite du plafond déterminé en Annexe 1 :

- esthéticienne,
- coiffeur,
- prothésiste capillaire,

y compris ceux réalisés à domicile.

Livraison en urgence au Domicile de médicaments immédiatement nécessaires prescrits par un médecin

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

Livraison et mise à disposition du matériel médical prescrit par le médecin traitant

Le Prestataire assure l'installation du matériel au Domicile ainsi que le service après-vente.

Avant toute livraison et mise à disposition de matériel médical, la demande, formulée par téléphone, doit être confirmée par courrier, fax ou email.

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

Assistance aux devoirs

Lorsque l'Assuré est atteint d'une Affection de longue durée, le Service Assistance met l'Enfant en contact avec un Prestataire enseignant qui l'aidera à faire ses devoirs.

La prestation d'assistance aux devoirs est disponible pour le français, les mathématiques, la physique, la chimie, l'anglais, et les S.V.T.

Elle est délivrée via une classe virtuelle sur internet ou par téléphone et/ou par échange de messages électroniques avec un professeur du lundi au jeudi de 17h00 à 20h00 et sans interruption du jeudi 20h00 au dimanche 20h00 (fuseau horaire de France métropolitaine).

Accompagnement psychologique

Une première évaluation par un psychologue clinicien est rendue par téléphone au cours de **3 (trois) entretiens maximum**.

Si la situation nécessite une prise en charge thérapeutique, le psychologue oriente l'Assuré vers des consultations en face à face avec un psychologue proche de son Domicile ou de son lieu de travail. Ces consultations sont prises en charge dans les limites prévues en annexe 1 « SYNTHÈSE ».

Le service est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés, de 9h00 à 18h00 (fuseau horaire de France métropolitaine).

Sont exclues les maladies psychologiques antérieurement avérées ou constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat.

ASSISTANCE A L'INSERTION OU LA REINSERTION DANS LE MONDE PROFESSIONNEL

Les services d'assistance à l'insertion ou la réinsertion dans le monde professionnel sont accessibles du lundi au vendredi, hors jours fériés, de 9h00 à 18h00 (fuseau horaire de France métropolitaine).

Pour accompagner l'Assuré atteint d'une Affection de longue durée, le Service Assistance organise et prend en charge les prestations définies ci-après :

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

Bilan personnel et professionnel

de l'Assuré afin de l'aider à définir son projet professionnel.

Aide au retour à l'emploi

Si l'Assuré recherche un emploi salarié, le Service Assistance le forme aux outils et techniques de recherche d'emploi :

- rédaction d'un curriculum vitae et d'une lettre de motivation
- préparation aux entretiens d'embauche
- activation des réseaux relationnels et des réseaux sociaux
- utilisation du téléphone et d'internet dans la recherche d'emploi

Ou

Accompagnement à la création ou reprise d'entreprise ou à la reconversion professionnelle
L'Assuré est conseillé par un Prestataire sur tous les aspects d'un projet de création ou de reprise d'entreprise.

En aucun cas, le Service Assistance ne se substitue à l'Assuré pour créer ou reprendre une entreprise.

Entretiens de suivi et de coaching

Des entretiens de suivi et de coaching permettent d'évaluer l'évolution du projet et d'apporter tout complément d'information.

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches : le Service Assistance s'engage à répondre dans un délai maximum de 8 (huit) jours.

La responsabilité du Service Assistance ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte du ou des renseignements qui lui ont été communiqués.

COMPLEMENT POUR UN ENFANT ATTEINT D'UNE AFFECTION DE LONGUE DUREE – AIDE PEDAGOGIQUE DE L'ENFANT

Lorsque l'Assuré atteint d'une Affection de longue durée est un Enfant et que l'Affection entraîne une absence scolaire, le Service Assistance met en œuvre la prestation ci-après :

Le Service Assistance organise et prend en charge l'intervention au Domicile d'un Prestataire habilité à donner des cours du niveau de la classe de l'Enfant.

L'aide pédagogique est accordée pour les Enfants scolarisés dans l'enseignement primaire ou secondaire uniquement pour les disciplines suivantes : français, mathématiques, histoire, géographie, anglais.

L'aide pédagogique est dispensée pendant les jours normalement scolarisés sauf le samedi, par tranches de 3 (trois) heures de cours au minimum dans la journée par matière ou par répétiteur scolaire.

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

Sous réserve de l'accord exprès de l'établissement de soins, l'aide pédagogique peut également être fournie lorsque l'Enfant subit une hospitalisation du fait de son Affection de longue durée.

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

TELECONSEIL SANTE ET TELECONSULTATION

Détail des prestations

- Téléconseil

Le téléconseil santé permet, à tout moment, à l'Assuré d'obtenir notamment des informations sur des questions d'ordre général relatives à la santé telles que les établissements de soins, les facteurs de risques, les questions relatives aux médicaments, les informations préventives, les informations sur les médecines alternatives.

Le téléconseil, réalisé par un(e) infirmier(ère) diplômé(e) d'Etat (IDE) du Service d'Assistance, s'effectue à distance, via une plateforme téléphonique, 24h/24 et 7j/7.

- Téléconsultation

Le service de téléconsultation est un service de télémédecine.

Si l'état de santé de l'Assuré le nécessite et que son médecin traitant est indisponible ou absent, l'Assuré peut, sous conditions d'authentification forte et d'acceptation des Conditions Générales d'Utilisation, de la Notice d'information-consentement et de la Déclaration de confidentialité, bénéficier d'une téléconsultation en contactant le Service Assistance.

La téléconsultation, réalisée par un médecin du Service d'Assistance inscrit au Conseil de l'Ordre des Médecins, s'effectue à distance, via une plateforme téléphonique ou en audioconférence ou en visioconférence, 24h/24 et 7j/7.

A l'issue de la téléconsultation, le médecin du Service Assistance pourra, dans le respect du parcours de soins et de la législation locale en vigueur (notamment réglementation relative au secret médical) :

- orienter l'Assuré vers son médecin traitant, notamment lorsqu'un examen clinique est nécessaire pour établir le diagnostic ;
- transmettre à l'Assuré une prescription écrite médicamenteuse ou une prescription écrite d'examen complémentaire le cas échéant,
- proposer la livraison de médicaments à l'Assuré.

Le Service Assistance prend en charge le service de livraison de médicaments.

Si à la suite de la délivrance d'une ordonnance nécessitant l'achat de médicaments indispensables, l'Assuré n'est pas en mesure de se déplacer, le Service Assistance recherche, achète et apporte au Domicile ces médicaments, **sous réserve de leur disponibilité en pharmacie.**

Le Service Assistance ne peut être tenu pour responsable des délais imputables aux organismes de transport sollicités pour l'acheminement des médicaments.

Le Coût des médicaments reste à la charge de l'Assuré. Cette prestation est accessible uniquement en France.

A l'issue de de la Téléconsultation et avec l'autorisation de l'Assuré, un compte-rendu de consultation pourra être adressé à son médecin traitant.

Limitations

Le service de téléconsultation ne peut en aucun cas remplacer une prise en charge médicale globale et personnalisée auprès du médecin traitant et de manière générale de tout médecin désigné par l'Assuré.

Les services de téléconseil santé et de téléconsultation ne peuvent se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. En cas d'urgence, l'Assuré prend contact en priorité avec les services locaux de secours d'urgence (numéros d'urgence : 15,112,18).

Les informations médicales échangées avec les médecins restent strictement confidentielles et sont soumises au secret médical, aucune donnée n'étant transmise à l'Assureur, sous réserve de données statistiques exclusives de toute identification directe ou indirecte des Assurés.

La responsabilité du Service Assistance ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte du ou des renseignements, conseils, consultations et de manière générale dans le cadre du Service Téléconseil Santé et Téléconsultation mis en œuvre auprès de l'Assuré.

Le Service Assistance ne saurait être tenu responsable des interruptions de service et/ou dommages résultant :

- de défaillances ou interruptions des réseaux téléphoniques et/ou informatiques ;
- de modifications de la situation de l'Assuré et notamment de son état de santé qui ne leur auraient pas été signifiées lors de la Téléconsultation ;
- D'un cas de force majeure ou du fait d'un tiers.

Le nombre de Téléconsultations pour l'Assuré est de maximum 10 consultations par an.

- Pour la première année, de la date d'adhésion de l'Assuré au contrat jusqu'au 31 décembre de la même année,
- Pour les années suivantes, à compter de chaque 1^{er} janvier, date de reconduction tacite du contrat.

Sont exclus du service de téléconsultation :

- les consultations pour pathologies psychiatriques
- les prescriptions de certificats médicaux
- les prescriptions de prolongation d'arrêt de travail,
- les prescriptions particulières, telles que :
 - les médicaments soumis à prescription restreinte :
 - médicament réservé à l'usage hospitalier ;
 - médicament à prescription hospitalière ;
 - médicament à prescription initiale hospitalière ;
 - médicament à prescription réservée à certains médecins spécialistes ;
 - médicament nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement.
 - les médicaments soumis à accord préalable. La liste exhaustive est accessible sur http://www.cnam.nat.tn/doc/upload/list_APcl.pdf
 - les médicaments d'exception : la liste des médicaments d'exception est disponible sur le site Meddispar, le site de référence des médicaments réglementés, proposé par l'Ordre national des pharmaciens.
 - la prescription de stupéfiants.

EN SYNTHÈSE

Garanties	Plafonds	Franchise
En cas d'Accident ou de Maladie de l'Assuré survenu à Domicile		
- Aide à la recherche d'un médecin	-	-
- Livraison de médicaments	-	-
- Aide à la recherche d'une infirmière	- Illimité	-
- Aide en cas d'Immobilisation au Domicile	Coût de l'organisation des prestations	-
- Veille sur les Ascendants dépendants à charge	Jusqu'à 20h	-
En cas d'Accident ou de Maladie de l'Assuré survenu lors d'un Déplacement		
- Transport sanitaire	Frais réels	50km du Domicile
- Prolongation de séjour à l'hôtel	80€ TTC par nuit maximum jusqu'à concurrence de 800€ TTC (frais de restauration exclus)	50km du Domicile
- Envoi de médicaments	Frais réels de l'envoi	Prestation uniquement délivrée à l'Étranger
En cas d'Hospitalisation imprévue de l'Assuré		
- Transport vers Hôpital et Retour au Domicile	Rayon 50km du Domicile	24h d'hospitalisation
- Aide-ménagère au Domicile de l'Assuré	Jusqu'à 9h	24h d'hospitalisation
- Assistance aux enfants et aux petits-enfants de moins de 15 ans	Garde à domicile : 24h ; Conduite à l'école : 5 jours consécutifs ; Taxi pour activités extrascolaires : 77€ TTC par hospitalisation	24h d'hospitalisation

- Veille sur les Ascendants dépendants à charge	Jusqu'à 5 jours	24h d'hospitalisation
- Présence au chevet et séjour à l'hôtel d'un membre de la famille	Frais de transport A/R 2nde classe/classe économique ; 2 nuits maximum à 80€ TTC par nuit (frais de restauration exclus)	24h d'hospitalisation
- Assistance aux animaux de compagnie	230€ TTC ou transport chez un proche résidant en France dans un rayon de 100km	24h d'hospitalisation
- Aide dans la vie quotidienne	Jusqu'à 5 jours	24h d'hospitalisation

Garanties	Plafonds	Franchise
En cas d'Hospitalisation programmée de l'Assuré		
- Transport vers Hôpital et Retour au Domicile	Rayon 50km du Domicile	Dès 5 jours consécutifs d'hospitalisation
- Aide-ménagère au Domicile de l'Assuré	Jusqu'à 9h	Dès 5 jours consécutifs d'hospitalisation
- Assistance aux enfants et aux petits-enfants de moins de 15 ans	Garde à domicile : 24h ; Conduite à l'école : 5 jours consécutifs ; Taxi pour activités extrascolaires : 77€ TTC par hospitalisation	Dès 5 jours consécutifs d'hospitalisation
- Veille sur les Ascendants dépendants à charge	Jusqu'à 5 jours	Dès 5 jours consécutifs d'hospitalisation
- Présence au chevet et séjour à l'hôtel d'un membre de la famille	Frais de transport A/R 2nde classe/classe économique ; 2 nuits maximum à 80€ TTC par nuit (frais de restauration exclus)	Dès 5 jours consécutifs d'hospitalisation
- Assistance aux animaux de compagnie	230€ TTC ou transport chez un proche résidant en France dans un rayon de 100km	Dès 5 jours consécutifs d'hospitalisation
- Aide dans la vie quotidienne	Jusqu'à 5 jours	Dès 5 jours consécutifs d'hospitalisation
En cas d'Affection Longue durée		
- Evaluation du besoin et recommandations pour l'utilisation de l'enveloppe de services	Illimité	Prestation rendue par téléphone exclusivement
- Enveloppe de services et d'aide à domicile	Jusqu'à 2 000 € TTC	La prise en charge de l'enveloppe de services et de transports est limitée à 1 fois par période annuelle de garantie
- Enveloppe de transports et autres services	Jusqu'à 1 500 € TTC	Limitée à 1 fois par période annuelle de garantie
- Livraison en urgence de médicaments	Jusqu'à 100 € TTC	Limitée à 1 fois par période annuelle de garantie
- Livraison et mise à disposition de matériel médical	Jusqu'à 100 € TTC	Limitée à 1 fois par période annuelle de garantie
- Assistance aux devoirs	80 appels maximum	Par période annuelle de garantie. Prestation rendue par téléphone exclusivement.

- Accompagnement psychologique	3 entretiens par téléphone et/ou remboursements de 12 séances maximum de consultation en cabinet	La prise en charge vient en complément des remboursements des organismes de sécurité sociale, d'assurance
Assistance à l'insertion ou la réinsertion dans le monde professionnel		
- Services d'informations juridiques, administratives et pratiques sur l'emploi et la vie professionnelle	Illimité	Prestation rendue par téléphone exclusivement
- Bilan personnel et professionnel	Coût de la prestation réalisée ou mandatée par le Service Assistance	

Garanties	Plafonds	Franchise
- Aide au retour à l'emploi pour l'Assuré	Coût de la prestation réalisée ou mandatée par le Service Assistance	Les prestations sont limitées à une durée maximum de 12 mois
ou		
- Accompagnement à la création ou reprise d'entreprise, ou à la reconversion professionnelle pour l'Assuré	Et 10 heures maximum de consultation auprès d'un cabinet Prestataire organisée par le Service Assistance	
- Entretiens de suivi et de coaching	Coût de la prestation réalisée ou mandatée par le Service Assistance	

Complément pour un enfant atteint d'une Affection de Longue Durée		
- Aide pédagogique de l'Enfant	15 heures maximum par semaine	L'absence scolaire doit être supérieure à 2 semaines calendaires consécutives. Limité à la durée restant à courir de l'année scolaire en cours.

Garanties	Plafonds	Franchise
Téléconseil santé et téléconsultation		
Téléconseil santé :	A tout moment	Prestation rendue par téléphone
- Informations d'ordre général sur la santé et parcours santé		ou audioconférence/vi sioconférence
Téléconsultation :	Dans la limite de 10 consultations maximum	Prestation rendue par téléphone
- Consultation uniquement en l'absence et/ou indisponibilité du médecin traitant	par an et par Assuré	ou en audioconférence ou visioconférence
- Orientation de l'Assuré vers son médecin traitant dans le cadre du parcours de soins		Dans la limite de la législation locale en vigueur
- Transmission à l'Assuré d'une prescription écrite médicamenteuse ou une prescription écrite d'examen complémentaires		
- Livraison de médicaments (France uniquement)		

DISPOSITIONS GENERALES APPLICABLES A LA CONVENTION D'ASSISTANCE

LIMITES D'INTERVENTIONS

Le Service Assistance ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales et ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés. L'Assuré ou ses proches doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence.

Le Service Assistance ne sera pas tenu responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, instabilité politique notoire, représailles, embargos, sanctions économiques (Récapitulatif des mesures restrictives par pays disponible sur le site internet du Ministère de l'Économie et des Finances :

<https://www.tresor.economie.gouv.fr/Ressources/sanctions-financieres-internationales>,

mouvements populaires, émeutes, sabotage, terrorisme, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle.

Une information pour chaque pays est également disponible dans la rubrique « Conseil aux voyageurs » du site internet du Ministère des Affaires étrangères et du Développement international

<http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs/conseils-par-pays/>

Il s'efforcera néanmoins de tout mettre en œuvre pour venir en aide à l'Assuré.

La responsabilité du Service Assistance ne concerne que les services qu'il réalise en exécution de la présente convention d'assistance. **Il ne sera pas tenu responsable :**

- des actes réalisés par les prestataires intervenant auprès de l'Assuré en leur propre nom et sous leur propre responsabilité ;
- de l'inexécution ou de la mauvaise exécution de leurs obligations contractuelles consécutive à un cas de force majeure.

EXCLUSIONS COMMUNES A TOUTES LES PRESTATIONS

Ne donnent pas lieu à intervention ou prise en charge :

- les hospitalisations dans les centres de réadaptation fonctionnelle, maisons de convalescence ou établissements psychiatriques,
- les hospitalisations à domicile,
- les hospitalisations chirurgicales à but esthétique,
- Les convalescences ou affections (maladie/accident) en cours de traitement non encore consolidées,
- Les maladies préexistantes diagnostiquées ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 (six) mois précédant la demande d'assistance,
- Les hospitalisations dues à toute maladie chronique ou handicap,
- Les déplacements, voyages entrepris dans le but de diagnostic et/ou de traitement,
- L'interruption volontaire de grossesse, l'accouchement, les fécondations in vitro et leurs conséquences,
- la consommation d'alcool par un Assuré et/ou l'absorption par un Assuré de médicaments, drogues ou substance stupéfiante mentionnée au Code de la santé publique, non prescrits médicalement ;
- Le suicide et les conséquences de tentative de suicide,
- Les dommages provoqués intentionnellement par l'Assuré et ceux résultant de sa participation à un crime, à un délit ou à une rixe (sauf cas de légitime défense),
- Les frais engagés sans l'accord préalable du Service Assistance,
- Les frais non justifiés par des documents originaux,
- Les conséquences :
 - des situations à risques infectieux en contexte épidémique,
 - de l'exposition à des agents biologiques infectants,
 - de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat,
 - de l'exposition à des agents incapacitants,
 - de l'exposition à des agents radioactifs,

- de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents,

qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques ou de recommandations de la part des autorités sanitaires internationales ou des autorités sanitaires locales du pays où l'Assuré séjourne.

Ne s'appliquent pas aux Affections de Longue Durée :

- les exclusions relatives aux conséquences :
 - de maladies et accidents antérieurs à la date d'effet du contrat,
 - de maladies antérieurement diagnostiquées/avérées/constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat.

Exclusions spécifiques aux Affections Longue Durée :

Les maladies diagnostiquées/avérées/constituées ou en cours de traitement ne faisant pas l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale, antérieures ou postérieures à la date d'effet de la convention.

ENGAGEMENTS FINANCIERS

L'organisation par l'Assuré ou ses proches de l'une des prestations d'assistance énoncées dans la présente convention d'assistance ne peut donner lieu à remboursement que si le Service Assistance a été prévenu et a donné son accord exprès.

- Les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs, dans la limite de ceux que le Service Assistance aurait engagés pour organiser la prestation.
- En cas de prise en charge de séjour à l'hôtel, le Service Assistance ne participe qu'aux frais de location de chambre réellement exposés, dans la limite des plafonds indiqués, et à l'exclusion de tout autre frais.

MODALITES D'EXAMEN DES RECLAMATIONS

Lorsqu'un Assuré est mécontent du traitement de sa demande d'assistance, il peut adresser une réclamation à l'adresse électronique suivante :

reclamation@votreassistance.fr

ou envoyer un courrier à l'adresse : AWP FRANCE SAS, Service Réclamations, TSA 70002 – 93488 Saint Ouen Cedex. Pour les résidents des Territoires DROM : AWP REUNION, BP 780 – 11 rue Rolland Garros – 97475 Saint Denis Cedex Réunion

Un accusé de réception parviendra à l'Assuré dans les 10 (dix) jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la réception de sa réclamation, sauf si la réponse à la réclamation lui est transmise dans ces délais.

Une réponse lui sera fournie au plus tard dans les 2 (deux) mois suivant la date de réception de sa réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont le Service Assistance le tiendrait informé.

Si le désaccord persiste, après la réponse de l'assureur ayant procédé à un dernier examen de sa demande épuisant les voies de recours internes, l'Assuré peut alors saisir le médiateur indépendant dont les coordonnées sont les suivantes :

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

AWP France SAS, entreprise adhérente de la LMA propose un dispositif permettant aux assurés et aux tiers de bénéficier d'une procédure de médiation pour le règlement de leurs litiges. Ce dispositif est défini par la Charte de la Médiation de l'Assurance.

PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Responsable du traitement des données

Fragonard Assurances et AWP France SAS sont responsables du traitement de données à caractère personnel, tels que définis par la législation et la réglementation applicables en matière de protection des données.

Données collectées

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

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

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

Lors du recours à la prestation Téléconsultation ou lors de l'utilisation du site Hospizen, il sera requis des consentements spécifiques lors de la première utilisation et à chaque contact avec le Service Assistance.

Collecte et traitement de données

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

Finalité	Consentement exprès ?
<ul style="list-style-type: none"> • Administration du contrat d'assurance (ex. : devis, souscription, traitement des réclamations) 	<ul style="list-style-type: none"> • Oui, si nécessaire. Toutefois, dans les cas où les données personnelles doivent être traitées dans le cadre de la souscription du contrat assurance et/ou du traitement de la réclamation, le consentement exprès de l'Assuré ne sera pas sollicité.
<ul style="list-style-type: none"> • Gestion du recouvrement de créances SAS 	<ul style="list-style-type: none"> • Non
<ul style="list-style-type: none"> • Prise de décision automatisée pour déterminer les produits les mieux adaptés aux besoins de l'Assuré. 	<ul style="list-style-type: none"> • Oui, si nécessaire. Toutefois, dans les cas où les données personnelles doivent être traitées dans le cadre de la souscription du contrat assurance et/ou du traitement de la réclamation, le consentement exprès de l'Assuré, ne sera pas sollicité.
<ul style="list-style-type: none"> • Prévention et détection de la fraude 	<ul style="list-style-type: none"> • Non
<ul style="list-style-type: none"> • Respect de toute obligation légale (obligations fiscales, comptables et administratives) 	<ul style="list-style-type: none"> • Non

Comme mentionné plus haut, pour les finalités énumérées précédemment, les données personnelles traitées sont reçues du partenaire commercial d'AWP France SAS : **PREDICA**.

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

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

Accès aux données

Dans le cadre des finalités énoncées, les données personnelles de l'Assuré pourront être divulguées aux parties suivantes agissant en tant que :

- Tiers responsables du traitement des données : organismes du secteur public, autres sociétés du groupe, autres assureurs, réassureurs.
- préposés au traitement des données, opérant sous la responsabilité de Fragonard Assurances :
 - autres sociétés du groupe, consultants techniques, experts, avocats, experts en sinistres, réparateurs, prestataires, médecins et sociétés de services délégataires des opérations d'AWP France SAS (réclamations, informatique, services postaux, gestion de documents).

En définitive, les données personnelles de l'Assuré pourront être partagées dans les cas suivants :

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

Transfert des données

Les données personnelles de l'Assuré pourront être traitées à l'intérieur de l'Espace économique européen (EEE), toujours sous réserve des restrictions contractuelles relatives à la confidentialité et à la sécurité, conformément à la législation et à la réglementation applicables en matière de protection des données. Les données personnelles ne sont pas divulguées à des parties non autorisées à les traiter.

Droits relatifs aux données personnelles

Lorsque la loi ou la réglementation en vigueur le permet, l'Assuré a le droit :

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

L'Assuré peut exercer ces droits en contactant d'AWP France SAS comme indiqué plus bas.

Durée de conservation des données

Les données personnelles de l'Assuré sont conservées pour une durée de cinq (5) ans à compter de la date de fin du contrat d'assurance ou selon les conditions spécifiques énoncées ci-après :

- En cas de sinistre – cinq (5) ans à compter du règlement du sinistre.
- En cas de sinistre avec dommages corporels – dix (10) ans à compter du sinistre.
- Pour toute information sur les réclamations – cinq (5) ans à compter de la réception de la réclamation.
- Pour toute information sur le contrat – cinq (5) ans à compter de l'expiration, de la résiliation, ou de l'annulation.

Les données de santé (données sensibles) collectées lors des téléconsultations sont conservées deux (2) ans en archive courante, puis dix (10) ans en archive intermédiaire avant d'être détruites.

Les durées spécifiques peuvent s'appliquer dans le cadre des obligations fiscales et comptables, conformément à la réglementation en vigueur.

Les données personnelles ne sont pas conservées plus longtemps que nécessaire. Elles seront conservées uniquement pour les finalités pour lesquelles elles auront été obtenues.

Contact

Pour toute question concernant l'utilisation des données personnelles, l'Assuré peut contacter AWP France SAS par e-mail ou par courrier postal :

AWP France SAS
Département Protection des Données Personnelles
7 rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen
E-mail : informations-
personnelles@votreassistance.fr

Contrôle anti-fraude

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

AUTORITE DE CONTROLE

Les entreprises qui accordent les prestations prévues par la présente convention sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, sise au 4 Place de Budapest - 75436 PARIS Cedex 09 - www.acpr.banque-france.fr.



VOTRE TABLEAU DE GARANTIES

Les garanties sont en complément du remboursement de la Sécurité sociale ou de la mutualité sociale Agricole

HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE, MATERNITE, PSYCHIATRIE ET HOSPITALISATION À DOMICILE

Garanties	Assiette	Base
Forfait journalier hospitalier <i>Sans limitation de durée dans les établissements hospitaliers</i>	FR / Jour	100%
Honoraires médicaux		
Honoraires pour les médecins (consultations et actes techniques)		
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	500%
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	TM + BR / Acte	TM + 100%
Prestations hospitalières		
Frais de séjour établissements conventionnés	BR / Acte	100% FR limité à 500%
Frais de séjour établissements non conventionnés	BR / Acte	90% FR limité à 500%
Franchise hospitalière (actes lourds supérieurs à 120€)	FR / Acte	100%
Chambre particulière (<i>sans limitation, sauf en psychiatrie : 60 jours / année civile et SSR et centre de convalescence : 90 jours / année civile</i>)	Forfait % PMSS / Jour	3%
Frais d'accompagnement (y compris lit) (<i>limité à 60 jours - enfant -16 ans et ascendant +70 ans</i>)	% PMSS / Jour	1,5%

SOINS COURANTS

Garanties	Assiette	Base
Honoraires médicaux		
Honoraires pour les médecins généralistes (consultations, visites et soins)		
▪ Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	200%
▪ Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	TM + BR / Acte	TM + 100%
Honoraires pour les médecins spécialistes (consultations, visites et soins)		
▪ Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	200%
▪ Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	TM + BR / Acte	TM + 100%
Honoraires pour des actes de radiologie		
▪ Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	150%
▪ Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	TM + BR / Acte	TM + 100%
Honoraires pour des actes techniques médicaux		
▪ Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	150%
▪ Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	TM + BR / Acte	TM + 100%
Médicaments		
Médicaments prescrits remboursés par la Sécurité sociale		
Médicaments à service médical rendu majeur ou important	TM / Acte	100%
Médicaments à service médical rendu modéré	TM / Acte	100%
Médicaments à service médical rendu faible	TM / Acte	100%
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale		
Sevrage tabagique	Euros / An	50 €
Matériel médical		
Grands et petits appareillages remboursés par la Sécurité sociale (Orthèses, prothèses médicales, orthopédie et locations d'appareils)	BR / Acte	200%
Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux)		
▪ Secteur conventionnés	BR / Acte	130%
▪ Secteur non conventionnés	BR / Acte	200%
Analyses et examens de laboratoire		
▪ Secteur conventionnés	BR / Acte	130%
▪ Secteur non conventionnés	BR / Acte	200%
Transport remboursé par la Sécurité sociale		
▪ Secteur conventionnés	BR / Acte	132,50%
▪ Secteur non conventionnés	BR / Acte	200%

OPTIQUE (les forfaits en Euros incluent le remboursement de la Sécurité Sociale ou de la MSA)		
Garanties	Assiette	Base
Equipements 100% Santé ^{(1) *}		
Monture	FR	100%
Verres	FR	100%
Prestation d'appairage	FR	100%
Prestation d'adaptation	FR	100%
Equipements Hors 100% Santé		
Monture	Euros / Monture	100 €
Equipements Verre simple ⁽²⁾	Euros / Verre	160 €
Equipements Verre complexe ⁽²⁾	Euros / Verre	300 €
Equipements hypercomplexe ⁽²⁾	Euros / Verre	350 €
Prestation d'adaptation (par équipement)	Euros / Equipement	10 €
Autres prestations optiques		
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale ⁽³⁾	PMSS / An	90% FR dans la limite de 10% du PMSS
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale sur prescription médicale	PMSS / An	90% FR dans la limite de 10% du PMSS
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie)	PMSS / œil / An	50% FR dans la limite de 25% du PMSS

* Tels que définis réglementairement

(1) Dans la limite des prix limites de vente au public

(2) Selon définition des Conditions générales et de la Notice d'information

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

DENTAIRE		
Garanties	Assiette	Base
Soins et prothèses 100% Santé* ⁽¹⁾		
Soins	FR	100%
Prothèses	FR	100%
Soins et prothèses hors 100% Santé ⁽¹⁾		
Soins - Panier Reste à charge maîtrisé et Panier libre		
Consultations et soins dentaires y compris prévention		
▪ Secteur conventionnés	BR / Acte	135%
▪ Secteur non conventionnés	BR / Acte	200%
Inlay onlay		
▪ Secteur conventionnés	BR / Acte	135%
▪ Secteur non conventionnés	BR / Acte	200%
Prothèses - Panier Reste à charge maîtrisé et Panier libre **		
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale dont inlay-core	BR / Acte	400%
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	Euros / Acte	430 €
Autres prestations dentaires **		
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	BR / Acte	250%
Implantologie	PMSS / Implant	18% PMSS limité à 4 implants par an

* Tels que définis réglementairement

(1) Les inlay onlay et les prothèses dentaires du panier 100% Santé et du panier Reste à charge maîtrisé seront pris en charge dans la limite des honoraires limites de facturation fixés.

AIDES AUDITIVES		
Garanties	Assiette	Base
Equipements 100% Santé * (1)		
Aide auditive / oreille Pour l'ensemble des assurés quel que soit leur âge	FR / Oreille	100%
Equipements hors 100% Santé		
Aide auditive pour les assurés jusqu'à leur 20ème anniversaire	BR + Euros / Oreille	100% BR + 300€
Aide auditive pour les assurés au-delà du 20ème anniversaire	BR + Euros / Oreille	100% BR + 250€

*Tels que définis réglementairement. Avant l'entrée en vigueur du panier 100% Santé au 01/01/2021, prise en charge à hauteur du panier hors 100% Santé

(1) Dans la limite des prix limites de vente au public en vigueur

AUTRES SOINS		
Garanties	Assiette	Base
Médecine douce		
Séances Acupuncteur • Chiropracteur • Diététicien • Ostéopathe • Etiopathe (Uniquement praticiens rattachés à une fédération reconnue)	Euros / Acte limité en Séance / An	50 € limité à 6 séances par an et par spécialité
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale		
Honoraires, Transport et l'hébergement	PMSS / Jour	0,5%
Actes de prévention (Conformément à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale)	BR / Acte	100%
Allocation naissance	PMSS / Événement	20%

SERVICES		
Réseau de Soins	Carte Blanche	Inclus
Assistance Hospitalisation	Mondial Assistance	Inclus
Assistance Maladie Redoutées	Mondial Assistance	Inclus
HospiZen	Mondial Assistance	Inclus

LEXIQUE

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

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

BRR : Base de Remboursement Reconstituée / Il s'agit d'un montant reconstituée servant de référence au remboursement pour les actes sans BR dans la CCAM

Rbs Ss : Taux de Remboursement de la Sécurité sociale / Il s'agit du taux d'intervention de la Sécurité sociale

RSS : Remboursement de la Sécurité sociale / Il s'agit du montant remboursé par la Sécurité sociale (BR x Rbs Ss)

DH : Dépassement d'honoraire / Il s'agit des Frais Réels dépassant la Base de Remboursement

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

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale / Il s'agit d'un montant fixé chaque année par décret