

Dispositions générales

Mon assurance  
santé



L'assurance  
d'une relation  
unique.

Vous venez de souscrire un contrat Santé et nous vous en remercions.

Votre contrat est régi par le code des assurances et par le code civil pour les dispositions concernant la réserve remboursable (quand vous optez pour la franchise prépayée). Votre contrat a été conçu de façon à prendre en compte au plus juste, vos attentes et besoins.

Votre contrat est composé :

- **Des présentes dispositions générales :**

Elles décrivent notamment les garanties pouvant être souscrites.

- **De vos conditions particulières :**

Elles complètent les dispositions générales et personnalisent votre contrat.

Vos déclarations y sont reproduites, les garanties choisies y sont indiquées ainsi que leurs montants. Elles précisent également votre cotisation et la date de son exigibilité.

Tout au long de votre vie, vos besoins de couverture santé évoluent. Nos trois formules, **Dynamique**, **Famille** et **Plénitude** sauront évoluer avec vous et tenir compte du profil de chacun.

Nous mettons à votre disposition gratuitement les services du réseau **CARTE BLANCHE** dans le but de vous aider à maîtriser votre budget santé. **Découvrez tous ces services en dernière de couverture.**

Pour en profiter, consultez votre assureur Thélem assurances. Vous serez accueilli, écouté et renseigné par un professionnel.

# SOMMAIRE

<b>Lexique</b> .....	<b>2</b>
<b>1 Assistance</b> .....	<b>3</b>
<b>2 Les garanties</b> .....	<b>11</b>
2.1 Objet du contrat .....	11
2.2 Cadre réglementaire de votre contrat .....	11
2.3 Vos garanties .....	11
2.4 Territorialité .....	18
<b>3 Mécanismes de maîtrise budgétaire</b> .....	<b>19</b>
3.1 La franchise prépayée .....	19
3.2 La suppression du tiers payant .....	20
<b>4 Exclusions générales applicables à toutes les garanties</b> .....	<b>21</b>
4.1 Les exclusions du régime obligatoire .....	21
4.2 Les exclusions liées à des risques particuliers .....	21
4.3 Les exclusions liées à des soins particuliers .....	21
<b>5 Le règlement de vos prestations</b> .....	<b>22</b>
5.1 En complément du régime obligatoire .....	22
5.2 Sans intervention du régime obligatoire .....	22
5.3 Quand vous bénéficiez du tiers payant .....	23
5.4 Suite à une hospitalisation .....	23
5.5 Quand votre contrat intervient en tant que surcomplémentaire santé .....	23
5.6 Avance sur devis dentaire .....	23
5.7 Nos engagements .....	24
5.8 Autres assurances .....	24
5.9 Informations complémentaires / Examen médical / Mission d'information / Expertise .....	25
5.10 Perte de vos droits .....	25
5.11 Subrogation .....	25
<b>6 Vie du contrat</b> .....	<b>26</b>
6.1 Vos obligations – Nos obligations .....	26
6.2 Formation - Effet et durée du contrat .....	26
6.3 Résiliation du contrat .....	27
<b>7 Informations juridiques</b> .....	<b>28</b>
7.1 Prescription .....	28
7.2 Réclamation .....	28
7.3 Loi relative à l'informatique, aux fichiers et libertés .....	28
7.4 Preuves .....	28

# Lexique

## Tous les termes définis ci-après :

- concernent toutes les garanties à l'exception de l'assistance qui conserve ses propres définitions,
- sont signalés par un \* dans le texte de ce document.

### ACCIDENT

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

### HOSPITALISATION

Séjour en clinique ou hôpital prescrit par un médecin et motivé par un accident, une maladie ou une urgence médicale.

Par extension seront garantis :

- les frais d'hospitalisation à domicile selon la réglementation en vigueur,
- les séjours prescrits médicalement en centres de repos ou de convalescence. Dans ce cas, les garanties seront limitées aux frais exposés, pendant **les trois premiers mois du séjour**.

### MALADIE

Tout état non consécutif à un accident justifiant une intervention médicale.

### Nous

Thélem assurances  
Le Croc – B.P. 63130  
45431 Chécy cedex  
Tel. : 02 38 78 71 00 – Fax : 02 38 78 72 92  
[www.thelem-assurances.fr](http://www.thelem-assurances.fr)

### PRESTATIONS

Les indemnités que nous versons.

### RÉGIME OBLIGATOIRE (OU RÉGIME SOCIAL)

Régime légal français de prévoyance sociale auquel vous êtes obligatoirement affilié.

### Vous

Les personnes bénéficiant des garanties et désignées dans le pavé « Votre situation » de vos conditions particulières.

### BARÈME DU RÉGIME DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BRSS)

Base de remboursement des honoraires et des soins dispensés par les professionnels de la santé ayant adhéré aux conventions nationales.

# 1 Assistance

## Cadre juridique

### Les prestations de la convention d'assistance sont :

- souscrites par Thélem assurances auprès d'AGA INTERNATIONAL - Société Anonyme au capital de 172 857 285 euros - 519 490 080 RCS Paris - Entreprise régie par le Code des assurances - Siège social : 37 rue Taitbout 75009 Paris, soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, sises au 61 rue Taitbout 75436 Paris cedex 9
- mises en oeuvre par Mondial Assistance France SAS - société par actions simplifiée au capital de 7 584 076,86 euros - 490 381 753 RCS Paris - Société de courtage d'assurances - Inscription ORIAS 07 026 669 (<http://www.orias.fr>) - Siège social : 54 rue de Londres 75008 Paris.

### La présente convention a pour objet de compléter ce contrat d'assurance santé.

- Elle prend effet le jour du paiement de la cotisation correspondante et au plus tôt à la date d'effet du contrat d'assurance santé.
- Elle suit le sort du contrat d'assurance et se trouve automatiquement suspendue dans tous ses effets ou résiliée en cas de suspension ou de résiliation dudit contrat.
- Elle est tacitement reconduite à l'échéance suivante sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties dans les conditions fixées au contrat.

### COMMENT CONTACTER MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ?

 **Par téléphone :**  
de France : **01 40 25 16 16**  
de l'Etranger : Code d'accès à l'international du pays  
**+ 33 + 1 40 25 16 16**

 **Vous pouvez nous contacter :**  
24h/24, 7 jours/7. Toutefois, lorsque l'objet de votre appel est une demande d'informations ou de mise en relations avec nos prestataires agréés, merci de nous joindre de 8h à 20 h du lundi au vendredi et de 8h à 18h le samedi.

 **Par courrier :**  
2 rue Fragonard  
75807 PARIS Cedex 17

### Dans tous les cas, indiquez :

- votre nom et le moyen de vous joindre rapidement (*adresse, numéro de téléphone, etc...*),
- votre numéro de contrat santé et ses dates de validité.

### Dans toutes vos correspondances, indiquez :

- votre numéro de contrat santé,
- le service destinataire,
- le numéro de dossier MONDIAL ASSISTANCE France qui vous aura été communiqué lors de votre 1<sup>er</sup> appel.



# Zoom sur les prestations accordées dans votre convention d'assistance

## ASSISTANCE ESSENTIELLE

ÉVÉNEMENTS DÉCLENCHANT LA MISE EN JEU DES PRESTATIONS	RÉSUMÉ DES PRESTATIONS	PAGE
A la suite immédiate d'une hospitalisation de plus de 2 jours ou un séjour en maternité de plus de 8 jours	Aide ménagère ( <b>maxi 8 heures</b> ) Garde au domicile des enfants ou petits enfants ( <b>maxi 16 heures</b> )	6
Absence pour raisons professionnelles des parents (prestation enfant malade)	Garde au domicile des enfants malades ( <b>maxi 24 heures</b> )	6
Après une hospitalisation, une maladie ou une convalescence	Livraison de médicaments Garde des chiens et chats ( <b>maxi 240 €</b> )	6

## ASSISTANCE SÉRÉNITÉ

ÉVÉNEMENTS DÉCLENCHANT LA MISE EN JEU DES PRESTATIONS	RÉSUMÉ DES PRESTATIONS	PAGE
<b>1/ SERVICES</b>		
A la suite immédiate d'une hospitalisation de plus de 2 jours ou un séjour en maternité de plus de 8 jours	Aide ménagère ( <b>maxi 8 heures</b> ) Garde au domicile des enfants ou petits enfants ( <b>maxi 16 heures</b> )	7
Pendant une immobilisation ou convalescence au domicile de plus de 5 jours	Aide ménagère ( <b>maxi 8 heures</b> )	7
Absence pour raisons professionnelles des parents (prestation enfant malade)	Garde au domicile des enfants malades ( <b>maxi 24 heures</b> )	7
Après une hospitalisation, une maladie ou une convalescence	Livraison de médicaments Garde des chiens et chats ( <b>maxi 240 €</b> )	7
Suite à la naissance d'un prématuré (prestation bébé Assistance)	Garde au domicile des autres enfants ( <b>maxi 48 heures</b> ) Transport d'un proche vers le lieu où est hospitalisé le bébé ( <b>maxi 500 €</b> ) Séjour à l'hôtel près du lieu où est hospitalisé le bébé ( <b>maxi 500 €</b> )	7
Suite à une chimiothérapie	Aide ménagère ( <b>maxi 9 heures</b> )	7
	Soutien psychologique ( <b>maxi 3 entretiens téléphoniques</b> )	8
<b>2/ MISE EN RELATIONS ET CONSEILS</b>		
Dans le cadre du dispositif fiscal relatif aux services à la personne, <b>mise en relation avec des prestataires agréés par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE</b> dans les domaines de la vie courante.		8
Exemples : petit jardinage, entretien de la maison, petit bricolage, maintenance du domicile en cas d'absence, garde d'enfants, soutien scolaire, assistance informatique, préparation des repas, assistance administrative, garde malade, aide à la mobilité, assistance aux personnes âgées, assistance aux personnes handicapées, etc...		
<b>Informations et conseil social</b> (renseignements concernant les prestations sociales, les prestations familiales, l'accès au logement, les prestations liées au handicap, à la perte d'autonomie, etc...).		8

## Définitions

### ACCIDENT CORPOREL

Toute lésion corporelle provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

### BÉNÉFICIAIRE(S)

La ou les personnes bénéficiant des garanties et désignées aux conditions particulières du contrat Thélem assurances.

#### Pour la prestation « mise en relation de prestataires » :

La personne pour le compte de laquelle la prestation est mise en place.

Pour que le coût de la prestation de service soit éligible au dispositif fiscal du Plan Borloo concernant les particuliers, le bénéficiaire doit remplir les conditions suivantes :

- appartenir au foyer fiscal du souscripteur (conjoint, enfants),
- être un ascendant du souscripteur (parents du souscripteur), âgé de plus de 65 ans, vivant sous le toit du souscripteur,
- être un descendant du souscripteur (petits enfants) et bénéficiaire de la prestation mise en place au domicile du souscripteur.

### DOMICILE

Lieu de résidence principale en France métropolitaine ou Principautés d'Andorre et Monaco.

#### Pour la prestation « mise en relation de prestataires » :

Lieu de résidence principale ou secondaire en France métropolitaine (sans distinction de location ou propriété, incluant également les résidences services et les logements foyers).

### MALADIE

Tout état non consécutif à un accident justifiant une intervention médicale.

## Territorialité

PRESTATIONS	TÉRRITORIALITÉ
Mise en relation avec des prestataires agréés (§ Assistance Sérénité)	France métropolitaine
Toute autres prestations	France métropolitaine et Principautés d'Andorre et Monaco

Suivant la formule que vous avez choisie, vous bénéficiez soit des prestations :

- de l'ASSISTANCE ESSENTIELLE
- de l'ASSISTANCE SERENITE

Ce choix est mentionné sur vos conditions particulières

## Assistance essentielle

A la suite immédiate d'une hospitalisation de plus de 2 jours ou d'un séjour en maternité de plus de 8 jours du bénéficiaire

**MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge :**

- **une aide ménagère à domicile pour un maximum de 8 heures** pouvant être réparties sur 3 semaines.

Chaque prestation de l'aide ménagère dure au minimum 2 heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, 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 du bénéficiaire.

- **la garde au domicile des enfants** ou petits enfants à charge de moins de 15 ans **pour un maximum de 16 heures** par période d'hospitalisation.

Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 4 heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés.

**Conditions de mise en œuvre de ces 2 prestations :**

- l'hospitalisation doit être attestée par le bulletin d'hospitalisation ou un certificat médical,
- lorsque l'immobilisation fait suite à une hospitalisation, la demande doit, sous peine de forclusion, être faite dans les 15 jours suivant le retour au domicile.

### Enfant malade

**MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge :**

- **la garde au domicile des enfants** de moins de 15 ans malades, convalescents ou blessés, pour un **maximum de 24 heures** par période d'immobilisation pendant l'absence, pour des raisons professionnelles, d'un ou des parents bénéficiaires.

**Conditions de mise en œuvre de la prestation :**

- le garde malade prendra et quittera ses fonctions en présence d'un membre de la famille,
- les frais de nourriture et de soins de l'enfant restent à la charge du bénéficiaire.

### Mise en jeu des 2 prestations « garde au domicile des enfants »

La prestation est rendue par une travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide soignante.

Sa mission consiste à garder l'enfant du bénéficiaire au domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'enfant. Pendant ses heures de présence, la garde d'enfant pourra accompagner les enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extrascolaires et retourner les chercher.

### Après une hospitalisation, une maladie ou une convalescence du bénéficiaire (livraison de médicaments, garde des animaux de compagnie)

**MONDIAL ASSISTANCE FRANCE :**

- **recherche une pharmacie** proche du domicile ou une pharmacie de garde,
- **achète les médicaments**, sous réserve de disponibilités,
- **achemine** au domicile, des médicaments prescrits par un médecin depuis moins de 24h et immédiatement nécessaires au bénéficiaire,
- **fait l'avance** du coût de ces médicaments, que le bénéficiaire devra rembourser au moment où ils lui sont livrés.

Le service de livraison des médicaments est pris en charge par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE et est accessible 24h/24, 7jour /7.

- **organise la garde des animaux de compagnie** (chiens et chats exclusivement) du bénéficiaire soit :
  - à l'extérieur, frais de nourriture compris, dans la limite de **240 € TTC** maximum par période d'immobilisation,
  - chez un proche désigné par le bénéficiaire, résidant en France métropolitaine, dans un rayon maximum de 100 Km autour du domicile.

L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires.

**Sont exclus les chiens mentionnés dans l'arrêté du 27/04/99 établissant la liste des types de chiens susceptibles d'être dangereux.**

**Préalable : En plus des prestations de l'Assistance ESSENTIELLE, vous bénéficiez :**

## Lorsque le bénéficiaire est immobilisé ou convalescent à son domicile pendant plus de 5 jours

**MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge :**

- **l'aide ménagère à domicile pour un maximum de 8 heures** pouvant être réparties sur 3 semaines.

Chaque prestation de l'aide ménagère dure au minimum 2 heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, 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 du bénéficiaire.

### Conditions de mise en œuvre de cette prestation :

- ▶ l'immobilisation ou la convalescence doit être prescrite par un médecin et attestée par le bulletin d'hospitalisation ou le certificat médical,
- ▶ lorsque l'immobilisation fait suite à une hospitalisation, la demande doit, sous peine de forclusion, être faite dans les 15 jours suivants le retour au domicile.

## Bébé assistance (suite à la naissance d'un bébé prématuré)

**MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge :**

- **la garde au domicile** des autres enfants âgés de moins de 15 ans **pour un maximum de 48 heures** par période d'hospitalisation ou d'immobilisation.

### Conditions de mise en œuvre de cette prestation :

- ▶ la naissance du bébé prématuré doit avoir été constatée et attestée par un certificat médical,
- ▶ à l'occasion de chaque naissance de prématuré (au moins 31 semaines de grossesse),
- ▶ la mère de l'enfant prématuré est désignée aux conditions particulières comme personne assurée au contrat Thélem assurances.

Chaque prestation de la garde d'enfant dure au minimum 4 heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h 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 l'enfant (ou les enfants) du bénéficiaire au domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'enfant. Pendant ses heures de présence, la garde d'enfant pourra accompagner les enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra-scolaires et retourner les chercher.

- **le transport d'un proche** vers le centre hospitalier où est hospitalisé le bébé. Mondial assistance France prend en charge à concurrence de **500 €** le voyage aller et retour d'un proche ou d'une personne désignée par le bénéficiaire, résidant en France métropolitaine, Andorre ou Monaco, qui vient aider le bénéficiaire.

Chacune de ces 2 prestations (garde et transport) est accordée 2 fois pendant les 6 mois qui suivent la naissance. Pour la prestation « transport d'un proche », la demande doit, aussi être attestée par le bulletin d'hospitalisation ou un certificat médical.

- **le séjour à l'hôtel** de la personne désignée au paragraphe « transport d'un proche » dans la limite de **500 € TTC**. Cette prestation n'est accordée que si l'acheminement de ladite personne a été organisé préalablement dans les conditions définies au paragraphe « Transport d'un proche ».

## Suite à une chimiothérapie

**Lorsque le bénéficiaire supporte une chimiothérapie, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge :**

- **une aide ménagère à domicile** pour un maximum de 9 heures et dans la limite de 3 séances.

Chaque prestation de l'aide ménagère dure au minimum trois heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie, entre 8h et 19h du lundi au samedi, 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 du bénéficiaire.

### Conditions de mise en œuvre de cette prestation :

- ▶ si la chimiothérapie s'accompagne d'une hospitalisation, elle doit être attestée par un bulletin d'hospitalisation,
- ▶ s'il s'agit d'un traitement lourd par voie veineuse ou par radiothérapie, un certificat médical doit être produit.

- **un soutien psychologique** limité à 3 entretiens.

Cet accompagnement réalisé par un psychologue clinicien s'adresse au bénéficiaire souhaitant être aidé face à une grave maladie. Ainsi, le bénéficiaire pourra identifier et évaluer ses ressources personnelles, familiales, sociales et médicales pour traverser ce moment difficile.

La prestation est rendue par téléphone. Sur simple appel du bénéficiaire, un rendez-vous est pris à sa convenance avec un psychologue de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE qui le rappellera pour entamer la démarche. Le bénéficiaire pourra être mis directement en relation avec un psychologue, sous réserve que l'un des psychologues de l'équipe de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE soit effectivement disponible. Les entretiens se déroulent en toute confidentialité et dans le respect du secret médical et des codes de déontologie en vigueur.

Si la situation du bénéficiaire nécessite un suivi à plus long terme par un praticien, le psychologue l'orientera vers son médecin traitant.

### Mise en relation avec des prestataires agréés

**Afin d'accompagner le bénéficiaire dans sa recherche de solutions de vie quotidienne, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE met à disposition :**

- **un service d'information et de mise en relation** avec des prestataires agréés.

#### Objectif du service :

- ▶ délivrer de l'information sur les services à la personne,
- ▶ mettre en relation le demandeur avec un prestataire référencé par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE.

Suite à une demande de mise en relation auprès de la plate-forme de services, le demandeur/bénéficiaire choisit ou non d'établir un contrat avec le prestataire avec lequel il a été mis en relation et **se charge de lui régler directement les coûts relatifs à la réalisation des prestations.**

#### Contenu du service :

Lorsque le demandeur souhaite utiliser l'un ou l'autre des services à la personne proposés ci-après, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE :

- ▶ fournit des informations pratiques relatives aux services à la personne (CESU, fiscalité, contenu des prestations...),
- ▶ aide à qualifier son besoin,
- ▶ recherche un prestataire qualifié, dont Mondial Assistance France a vérifié la capacité à prendre la demande si elle venait à se confirmer, et le plus proche du lieu d'intervention souhaité.

#### Domaines d'intervention des prestataires :

Les prestations ci-dessous sont éligibles au dispositif fiscal relatif aux services à la personne. Cette liste est susceptible d'évoluer pour tenir compte de nouvelles dispositions de la loi.

**Exemples :** *petit jardinage, entretien de la maison, petit bricolage, maintenance du domicile en cas d'absence, garde d'enfants, soutien scolaire, assistance informatique, préparation des repas, assistance administrative, garde malade, aide à la mobilité, assistance aux personnes âgées, assistance aux personnes handicapées.*

### Accès au service par téléphone :

Sur simple appel téléphonique du lundi au vendredi, de **8h à 20h**, le samedi de **8h à 18h** (hors jours fériés), MONDIAL ASSISTANCE FRANCE enregistre la demande de mise en relation avec les prestataires de son réseau de Services à la Personne agréés « Borloo » et répond aux demandes d'information.

Les horaires de la plate-forme de service sont à distinguer :

- ▶ des horaires d'ouverture des prestataires (horaires auxquels les prestataires sont joignables),
- ▶ des possibilités d'intervention des prestataires : certains prestataires ne sont pas joignables le soir ou le week-end mais peuvent être en mesure de réaliser des prestations pendant ces créneaux.

### Les engagements de Mondial Assistance :

**Lors d'une demande de mise en relation, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE s'engage à tout mettre en œuvre pour trouver un prestataire agréé, qui a été référencé avec soin, pour garantir un service de qualité.**

Si le prestataire, avec lequel le demandeur a été mis en relation, ne convient pas au bénéficiaire, celui-ci pourra à nouveau contacter la plate-forme, afin d'être mis en relation avec un nouveau prestataire, sous réserve des disponibilités locales.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE assure un suivi de la satisfaction du demandeur/du bénéficiaire, en réalisant des enquêtes qualité régulières.

### Informations et conseil social

#### MONDIAL ASSISTANCE France propose :

- **un service d'information et de conseil social.**

Sur simple appel téléphonique, du lundi au vendredi de **9h00 à 20h00**, le samedi de **9h00 à 18h00**, hors jours fériés, le bénéficiaire, par téléphone uniquement, peut bénéficier d'informations et de conseils sur les sujets suivants :

- ▶ principales prestations sociales existantes à destination des familles, des personnes âgées, des personnes handicapées, des personnes en situation de précarité sociale, etc...
- ▶ droits et démarches susceptibles d'être mis en œuvre dans les domaines suivants : accès au logement, prestations familiales, prestations liées au handicap (PCH), à la perte d'autonomie (APA), accès à une couverture complémentaire maladie (CMUC), etc...
- ▶ interlocuteurs susceptibles de proposer un accompagnement social adapté à la demande du bénéficiaire (Caisse d'assurance maladie, CLIC, CCAS, CAF, Service du conseil général, services hospitaliers, PMI, associations et services spécialisés, etc...).

## Exclusions générales

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE n'intervient pas lorsque :

- les demandes sont non-justifiées,
- les dommages sont causés ou provoqués intentionnellement par les personnes assurées. Toutefois demeure garantie la tentative de suicide de l'assuré mineur,
- les dommages résultent de la participation active du bénéficiaire à une émeute, un mouvement populaire,
- les dommages sont causés par la guerre,
- les dommages sont dus aux effets directs ou indirects de modification du noyau atomique ou de tout phénomène de radioactivité. Toutefois, sont garanties les lésions occasionnées par les rayons X, le radium, ses composés et dérivés utilisés à des fins médicales et thérapeutiques,
- les dommages résultent de la pratique de sports à titre professionnel,
- les dommages résultent de la plongée sous-marine si le bénéficiaire ne pratique pas ce sport dans une structure adaptée et reconnue par la CMAS (Confédération Mondiale des Activités Subaquatiques), et si en cas d'accident, le bénéficiaire n'a pas été pris en charge par un centre de traitement hyperbare (MONDIAL ASSISTANCE FRANCE n'intervient qu'après cette première prise en charge pour organiser l'assistance médicale),
- les dommages résultent de traitements ou de chirurgie esthétique non pris en charge par votre régime obligatoire,
- les dommages résultent de traitements de psychanalyse ou de rajeunissement,
- les dommages résultent de soins relatifs à la désintoxication alcoolique ou à la toxicomanie,
- les dommages résultent :
  - 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 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 le bénéficiaire séjourne, ou
- des autorités sanitaires nationales du pays de destination du rapatriement ou du transport sanitaire.

## Dispositions diverses

### MONDIAL ASSISTANCE FRANCE

- ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Le bénéficiaire ou ses proches doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence,
- ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements, tels que les guerres civiles ou étrangères, les révolutions, les mouvements populaires, les émeutes, les grèves, les saisies ou les contraintes par la force publique, les interdictions officielles, les pirateries, les explosions d'engins, les effets nucléaires ou radioactifs, les empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle.

Elle s'efforcera néanmoins de tout mettre en œuvre pour venir en aide au bénéficiaire.

- Conditions applicables aux conditions de transport.

**Sauf mention contraire, les transports organisés dans le cadre de cette convention s'effectuent par train ou par avion en classe touriste.**

- Conditions applicables aux services d'assistance à la personne au domicile.

Par le seul fait qu'il réclame le bénéfice d'une assistance, le demandeur s'engage à fournir à MONDIAL ASSISTANCE FRANCE, soit concurremment à la demande écrite, soit dans les 5 jours suivant l'appel (sauf cas fortuit ou de force majeure), tous actes, pièces, factures et certificats de nature à établir la matérialité de l'événement ouvrant droit au bénéfice des prestations de la présente convention.

- Conditions applicables aux prestations aide ménagère ou de garde à domicile.

Ces prestations ne sont pas mises en œuvre lorsqu'un proche est disponible sur place.

Toutefois, elles demeurent acquises lorsqu'un proche est présent mais s'avère indisponible.

### MONDIAL ASSISTANCE FRANCE

- ne peut répondre des manquements ou contretemps qui résulteraient du non-respect par le bénéficiaire des dispositions qui précèdent et serait en droit de réclamer au bénéficiaire le remboursement des frais exposés,
- se réserve le droit de demander, préalablement à la mise en œuvre des prestations, tout justificatif de nature à établir la matérialité de l'événement générant la demande d'assistance (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, etc...). Ce justificatif sera adressé au médecin MONDIAL ASSISTANCE FRANCE qui se réserve le droit de contacter le médecin l'ayant réalisé.

L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances ne peut donner lieu au remboursement que si MONDIAL ASSISTANCE FRANCE a été prévenue et a donné son accord exprès. Les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs, dans la limite de ceux que MONDIAL ASSISTANCE FRANCE aurait engagés pour organiser le service.

Sauf mention contraire, la mise en place des prestations d'assistance au domicile peut nécessiter un délai d'une demi-journée ouvrée.

- ▮ Conditions applicables aux prestations « mise en relation avec des prestataires » agréés et « information / conseil social ».

#### **Renseignements téléphoniques :**

En aucun cas les renseignements communiqués ne feront l'objet d'une confirmation écrite.

Les informations fournies par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE sont des renseignements à caractère documentaire. MONDIAL ASSISTANCE FRANCE s'interdit toute consultation, diagnostic ou prescription médicale, et n'est pas tenue de répondre aux questions concernant des jeux et des concours.

La responsabilité de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte du ou des renseignements qui auront été communiqués.

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. MONDIAL ASSISTANCE FRANCE s'engage alors à répondre dans un délai de deux jours ouvrés.

Si le bénéficiaire établit un contrat avec le prestataire, le coût de la prestation fournie par le prestataire reste à la charge du bénéficiaire, qui règle directement ces frais, au regard du contrat qui le lie au prestataire.

#### **Responsabilité :**

Mondial Assistance France met exclusivement en relation un bénéficiaire avec des prestataires agréés de son réseau. Les prestations commandées par le bénéficiaire au prestataire seront exécutées sous la seule responsabilité de ce dernier.

Mondial Assistance France n'est pas responsable, à l'égard du bénéficiaire et des tiers :

- ▮ de toute faute dans le cadre de la préparation, la mise en place et l'exécution des prestations par le prestataire,
- ▮ des dommages tant matériels que corporels causés par le Prestataire au Bénéficiaire ou à ses biens.

Mondial Assistance France ne saurait être tenue pour responsable d'un éventuel fait illicite ou de préjudice de quelque nature que ce soit qu'un bénéficiaire pourrait subir du fait d'un prestataire, ou qu'un prestataire pourrait subir du fait du bénéficiaire. En conséquence, le bénéficiaire renonce à tout recours à l'encontre de Mondial Assistance France, de ce fait.

#### ● **Protections des données personnelles**

Des données sont collectées pour permettre l'exécution et la gestion de la mise en relation. Elles peuvent être communiquées par Mondial Assistance France aux prestataires avec lesquels le bénéficiaire est mis en relation.

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition, pour des motifs légitimes, au traitement des données qui le concernent.

#### **Il peut exercer ces droits en écrivant à l'adresse suivante :**

✉ Mondial Assistance France SAS  
Pôle Banques et Assurances  
2 rue Fragonard  
75807 PARIS cedex 17

#### ● **Réclamations**

Toute réclamation concernant les demandes formulées auprès de la plate-forme de services de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE, devra être transmise directement auprès de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE, par l'un des moyens ci-après :

#### ✉ **Courrier au :**

Service Qualité – Ecoute Clients  
Mondial Assistance France  
54 rue de Londres  
75394 PARIS cedex 08

La plate-forme de services MONDIAL ASSISTANCE FRANCE est une plate-forme d'information et de mise en relation qui n'a pas vocation à intervenir dans la relation entre le demandeur et le prestataire, avec lequel il a passé un contrat. Toutefois, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE étudiera toutes les insatisfactions, dans un souci permanent d'amélioration de la qualité de service et, si besoin, engagera des actions correctrices au sein de son réseau de prestataires.

# 2 Les garanties

## 2.1 Objet du contrat

Votre contrat santé a pour objet de vous\* allouer des prestations\* en cas de maladie\*, accident\* ou maternité.

**Nous\* remboursons soit :**

- en complément de votre régime obligatoire\*,
- sans aucune intervention préalable de votre régime obligatoire\*,

**mais toujours dans la limite des frais que vous\* avez réellement engagés et selon la formule que vous\* avez choisie.**

Par ailleurs, vous\* bénéficiez de prestations d'assistance détaillées au § 1 « Assistance ».

## 2.2 Cadre réglementaire de votre contrat

### Contrat responsable

Vous\* avez choisi toute autre formule que les formules «Hospi» des profils Dynamique ou Plénitude.

**Votre contrat est responsable c'est-à-dire :**

- qu'il respecte les exigences visées par le décret 2014-1374 du 18 novembre 2014,
- qu'il vous\* permet de profiter des avantages fiscaux suivants :
  - la déductibilité fiscale de votre cotisation si vous\* êtes travailleur non salarié et que vous\* adhérez à notre dispositif Loi Madelin,
  - le bénéfice du dispositif **A.C.S.** (Aide au Paiement de la Complémentaire Santé), si vous\* avez droit à cette aide,
  - un taux de taxe réduit.

### ● Contrat non-responsable

Vous\* avez choisi la formule «Hospi» des profils Dynamique ou Plénitude. Vous\* n'êtes couvert que pour le risque hospitalisation\*.

**De ce fait, votre contrat est non-responsable.**

### Contrat viager

Dès la souscription, votre contrat est viager. Par conséquent, nous\* nous\* interdisons de le résilier sauf en cas :

- de non-paiement des cotisations (L 113-3 du Code des Assurances),
- de refus du nouveau montant de cotisation proposé lorsque vous\* changez de domicile ou de régime obligatoire\*,
- d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque (L 113-9 du Code des Assurances).

### Contrat labellisé

Si vous\* êtes agent territorial, sachez que notre contrat :

- est labellisé par l'**Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution** (liste des contrats labellisés consultables sur le site <http://www.collectivites-locales.gouv.fr/protection-sociale-complementaire>),
- répond aux obligations du décret N° 2011-1474 du 8 Novembre 2011.

Vous\* pourrez alors bénéficier, par la collectivité qui vous emploie, d'une aide au financement du présent contrat. Pour profiter de ce dispositif, vous\* devrez nous\* fournir le justificatif de votre employeur informant de sa participation financière.

## 2.3 Vos garanties

Trois gammes ont été élaborées pour répondre au mieux à vos besoins.

- profil **DYNAMIQUE** : si vous\* avez moins de 40 ans et que vous\* ne déclarez pas d'enfant au contrat,
- profil **FAMILLE** : si vous\* déclarez au moins un enfant au contrat,
- profil **PLÉNITUDE** : si vous\* avez 40 ans ou plus et que vous\* ne déclarez pas d'enfant au contrat.

A l'intérieur de chaque profil, vous\* choisissez votre formule.

Pour identifier les garanties que nous\* vous\* accordons, reportez-vous, selon votre profil, aux tableaux de garanties vous\* concernant (voir pages suivantes).

# Tableau des garanties du profil **DYNAMIQUE**

**Préalable : Dans tous les cas, le cumul des remboursements du régime obligatoire\* et de notre remboursement ne peut excéder le montant des frais que vous\* avez réellement engagés.**

Les montants de vos prestations\* sont exprimés, suivant les garanties, en :

- % du BRSS\* : ce % intègre la part du régime obligatoire\*. Pour chaque acte, nous\* vous\* remboursons la différence entre le % du BRSS mentionné dans le tableau ci-après (et dans vos conditions particulières) et le remboursement effectué par votre régime obligatoire\* (y compris pour les actes hors convention).
- € (euros) : les montants des forfaits figurent ci-après. Sauf précisions indiquées dans le tableau de garanties, notamment pour les forfaits optiques, les montants des forfaits sont exprimés par assuré et par année d'assurance. Par année d'assurance, il faut comprendre la période se situant entre deux échéances principales consécutives. L'échéance principale, indiquée aux Conditions Particulières, est celle qui marque le début de chaque période d'assurance. Les montants des forfaits non consommés ne sont pas reportés sur la période suivante.

HOSPITALISATION (1)										
↻ Prestations	Formules ↷	Hospi	Budget	Repère	Budget +	Equilibre	Equilibre +	Amplitude optique	Amplitude dentaire	Optimum
Honoraires (HORS CAS)		300 %	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	150 %	150 %	200 %
Honoraires (CAS)		300 %	100 %	100 %	145 %	170 %	220 %	170 %	170 %	300 %
Frais de séjour (établissement conventionné et non conventionné)		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait journalier (2)		18 €/j (3)	18 €/j	18 €/j	18 €/j	18 €/j	18 €/j	18 €/j	18 €/j	18 €/j
Frais de transport		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Chambre particulière (inclus TV et téléphone) (4)		90 €/j			60 €/j	90 €/j	90 €/j	90 €/j	90 €/j	90 €/j
Lit d'accompagnant (quel que soit l'âge)		90 €/j	90 €/j	90 €/j	90 €/j	90 €/j	90 €/j	90 €/j	90 €/j	90 €/j

(1) Nous prenons en charge la franchise de 18 € sur les actes techniques de plus de 120 €.  
(2) Montant ramené à 13,50 € / jour en cas de traitement psychiatrique.  
(3) Le forfait journalier est remboursé pendant une durée maximum de :  
- 30 jours par année d'assurance en cas de traitement psychiatrique  
- 90 jours par année d'assurance lorsque vous\* êtes accueilli dans un centre de repos ou une maison de convalescence.  
(4) En cas de traitement psychiatrique, la chambre particulière est **exclue**.

FRAIS MÉDICAUX COURANTS										
↻ Prestations	Formules ↷	Hospi	Budget	Repère	Budget +	Equilibre	Equilibre +	Amplitude optique	Amplitude dentaire	Optimum
Généralistes (HORS CAS) : consultations et visites			100 %	100 %	100 %	100 %	150 %	100 %	100 %	200 %
Généralistes (CAS) : consultations et visites			100 %	100 %	100 %	100 %	170 %	100 %	100 %	220 %
Spécialistes (HORS CAS) : consultations et visites			100 %	100 %	100 %	100 %	200 %	100 %	100 %	200 %
Spécialistes (CAS) : consultations et visites			100 %	100 %	100 %	100 %	220 %	100 %	100 %	250 %
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kiné, etc...)			100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Analyses - Radiologie			100 %	100 %	100 %	100 %	150 %	100 %	100 %	200 %
Pharmacie remboursée à 15 % et 30 %				100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Toute autre pharmacie remboursée et prescrite			100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Pharmacie non remboursée (prescrite ou non) inclus pilule de 3 <sup>ème</sup> génération et vaccin anti-grippal saisonnier						15 €	15 €	20 €	20 €	30 €
Techniques alternatives sans prescription (ostéopathes, étioopathes, chiropracteurs, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues et diététiciens)						20€ par séance (maxi 2/an)	20€ par séance (maxi 2/an)	20€ par séance (maxi 3/an)	20€ par séance (maxi 3/an)	25€ par séance (maxi 3/an)
Prévention - actes du contrat responsable (ex. détartrage)			100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Sevrage tabagique (versé 1 fois dans toute la vie du contrat)						100 €	100 €	100 €	100 €	100 €

## OPTIQUE

↻ Prestations	Formules ↻	Hospi	Budget	Repère	Budget +	Equilibre	Equilibre +	Amplitude optique	Amplitude dentaire	Optimum
Équipement verres simples y compris monture (5) et toutes lentilles correctrices			100 %	100 €	100 €	150 €	150 €	250 €	100 %	300 €
Équipement verres complexes y compris monture (5)			100 %	150 €	125 €	150 €	150 €	250 €	100 %	300 €
Équipement verres très complexes y compris monture (5)			100 %	200 €	200 €	200 €	200 €	250 €	100 %	300 €
Toute chirurgie de l'œil non remboursée						150 €/œil	150 €/œil	250 €/œil		300 €/œil

(5) Le remboursement des montures n'excèdera jamais 150 €.

Cas particulier des forfaits « équipements optiques » : Ces montants sont exprimés par assuré et par période de 2 années d'assurance. La période de 2 années se décompte entre vos échéances principales N et N+2 (ex. Échéance principale Avril, la période est : Avril 2015 - N à Avril 2017 - N+2). Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, ces forfaits sont applicables par année d'assurance. L'échéance principale, indiquée aux Conditions Particulières, est celle qui marque le début de chaque période d'assurance. Les montants des forfaits non consommés ne sont pas reportés sur la période suivante.

## DENTAIRE

↻ Prestations	Formules ↻	Hospi	Budget	Repère	Budget +	Equilibre	Equilibre +	Amplitude optique	Amplitude dentaire	Optimum
Soins dentaires			100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Prothèses remboursées			100 %	125 %	100 %	190 %	240 %	100 %	335 %	425 %
Renfort Inlay-onlay						50 €	75 €		100 €	150 €
Orthodontie adulte						200 €	300 €		400 €	600 €
Prothèses non remboursées						100 €	150 €		250 €	350 €
Implantologie / parodontie / endodontie						150 €	200 €		650 €	800 €
Plafond dentaire hors soins						500 € portés à 750 € (6)	750 € portés à 1000 € (6)		750 € portés à 1500 € (6)	1000 € portés à 2000 € (6)

(6) Ce bonus dentaire vous\* est alloué quand aucun remboursement dentaire (hors soins) n'a été versé pendant les 2 premières années qui suivent la souscription. Il devient alors votre nouveau plafond de garantie

## AUTRES GARANTIES

↻ Prestations	Formules ↻	Hospi	Budget	Repère	Budget +	Equilibre	Equilibre +	Amplitude optique	Amplitude dentaire	Optimum
Prothèses et appareillages (hors optiques et dentaires)			100 %	100 %	100 %	100 %	150 %	100 %	100 %	200 %
Prime naissance (y compris en cas d'adoption)						100 €/enfant	100 €/enfant			200 €/enfant
Fécondation in vitro- amniocentèse (diagnostic prénatal)						100 €	200 €			250 €

## RENFORT COUPS DURS (après accident\* exclusivement)

↻ Prestations	Formules ↻	Hospi	Budget	Repère	Budget +	Equilibre	Equilibre +	Amplitude optique	Amplitude dentaire	Optimum
Fauteuil roulant						FRAIS RÉELS dans une limite de 5 000 € (versé 1 fois dans la vie du contrat)				
Équipements basse vision (loupes grossissantes ou télé-agrandisseurs)						FRAIS RÉELS dans une limite de 5 000 € (versé 1 fois dans la vie du contrat)				

## ASSISTANCE (les prestations sont définies au § 1)

↻ Prestations	Formules ↻	Hospi	Budget	Repère	Budget +	Equilibre	Equilibre +	Amplitude optique	Amplitude dentaire	Optimum
Assistance Essentielle		oui	oui	oui	oui					
Assistance Sérénité						oui	oui	oui	oui	oui

## MECANISMES DE MAÎTRISE BUDGÉTAIRE (voir § 3)

↻ Prestations	Formules ↻	Hospi	Budget	Repère	Budget +	Equilibre	Equilibre +	Amplitude optique	Amplitude dentaire	Optimum
Franchise prépayée			option		option	option	option	option	option	option
Suppression du Tiers payant			option	option	option	option	option	option	option	option

# Tableau des garanties du profil **FAMILLE**

**Préalable : Dans tous les cas, le cumul des remboursements du régime obligatoire\* et de notre remboursement ne peut excéder le montant des frais que vous\* avez réellement engagés.**

Les montants de vos prestations\* sont exprimés, suivant les garanties, en :

- % du BRSS\* : ce % intègre la part du régime obligatoire\*. Pour chaque acte, nous\* vous\* remboursons la différence entre le % du BRSS mentionné dans le tableau ci-après (et dans vos conditions particulières) et le remboursement effectué par votre régime obligatoire\* (y compris pour les actes hors convention).
- € (euros) : les montants des forfaits figurent ci-après. Sauf précisions indiquées dans le tableau de garanties, notamment pour les forfaits optiques, les montants des forfaits sont exprimés par assuré et par année d'assurance. Par année d'assurance, il faut comprendre la période se situant entre deux échéances principales consécutives. L'échéance principale, indiquée aux Conditions Particulières, est celle qui marque le début de chaque période d'assurance. Les montants des forfaits non consommés ne sont pas reportés sur la période suivante.

HOSPITALISATION (1)								
🔄 Prestations	Formules ➔	Budget	Budget +	Equilibre	Equilibre +	Amplitude optique	Amplitude dentaire	Optimum
Honoraires (HORS CAS)		100 %	125 %	150 %	200 %	150 %	150 %	200 %
Honoraires (CAS)		100 %	145 %	170 %	220 %	170 %	170 %	300 %
Frais de séjour (établissement conventionné et non conventionné)		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait journalier (2)		18 €/j	18 €/j	18 €/j	18 €/j	18 €/j	18 €/j	18 €/j
Frais de transport		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Chambre particulière (inclus TV et téléphone) (3)			60 €/j	90 €/j	90 €/j	90 €/j	90 €/j	90 €/j
Lit d'accompagnant (quel que soit l'âge)		90 €/j	90 €/j	90 €/j	90 €/j	90 €/j	90 €/j	90 €/j

(1) Nous prenons en charge la franchise de 18 € sur les actes techniques de plus de 120 €.  
 (2) Montant ramené à 13,50 € / jour en cas de traitement psychiatrique.  
 (3) En cas de traitement psychiatrique, la chambre particulière est **exclue**.

FRAIS MEDICAUX COURANTS								
🔄 Prestations	Formules ➔	Budget	Budget +	Equilibre	Equilibre +	Amplitude optique	Amplitude dentaire	Optimum
Généralistes (HORS CAS) : consultations et visites		100 %	100 %	100 %	150 %	100 %	100 %	200 %
Généralistes (CAS) : consultations et visites		100 %	100 %	100 %	170 %	100 %	100 %	220 %
Spécialistes (HORS CAS) : consultations et visites		100 %	100 %	100 %	200 %	100 %	100 %	200 %
Spécialistes (CAS) : consultations et visites		100 %	100 %	100 %	220 %	100 %	100 %	250 %
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kiné, etc...)		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Analyses - Radiologie		100 %	100 %	100 %	150 %	100 %	100 %	200 %
Toute pharmacie remboursée et prescrite		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Pharmacie non remboursée (prescrite ou non) inclus homéopathie et vaccin anti-grippal saisonnier			15 €	15 €	15 €	20 €	20 €	30 €
Techniques alternatives sans prescription (ostéopathes, étioopathes, chiropracteurs, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues et diététiciens)				25 € / séance (maxi 2/ an)	25 € / séance (maxi 2/ an)	25 € / séance (maxi 3/ an)	25 € / séance (maxi 3/ an)	30 € / séance (maxi 3/ an)
Prévention - actes du contrat responsable (ex. détartrage)		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Sevrage tabagique (versé 1 fois dans toute la vie du contrat)				100 €	100 €	100 €	100 €	100 €



# Tableau des garanties du profil **PLÉNITUDE**

**Préalable : Dans tous les cas, le cumul des remboursements du régime obligatoire\* et de notre remboursement ne peut excéder le montant des frais que vous\* avez réellement engagés.**

Les montants de vos prestations\* sont exprimés, suivant les garanties, en :

- % du BRSS\* : ce % intègre la part du régime obligatoire\*. Pour chaque acte, nous\* vous\* remboursons la différence entre le % du BRSS mentionné dans le tableau ci-après (et dans vos conditions particulières) et le remboursement effectué par votre régime obligatoire\* (y compris pour les actes hors convention).
- € (euros) : les montants des forfaits figurent ci-après. Sauf précisions indiquées dans le tableau de garanties, notamment pour les forfaits optiques, les montants des forfaits sont exprimés par assuré et par année d'assurance. Par année d'assurance, il faut comprendre la période se situant entre deux échéances principales consécutives. L'échéance principale, indiquée aux Conditions Particulières, est celle qui marque le début de chaque période d'assurance. Les montants des forfaits non consommés ne sont pas reportés sur la période suivante.

HOSPITALISATION (1)									
U Prestations	Formules ↷	Hospi	Budget	Repère	Budget +	Equilibre	Equilibre +	Amplitude	Optimum
Honoraires (HORS CAS)		300 %	100 %	100 %	150 %	150 %	200 %	150 %	200 %
Honoraires (CAS)		300 %	100 %	100 %	170 %	170 %	220 %	170 %	300 %
Frais de séjour (établissement conventionné et non conventionné)		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait journalier (2)		18 € / j (3)	18 € / j	18 € / j	18 € / j	18 € / j			
Frais de transport		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Chambre particulière (inclus TV et téléphone) (4)		90 € / j			60 € / j	90 € / j	90 € / j	90 € / j	90 € / j
Lit d'accompagnant (quel que soit l'âge)		90 € / j	90 € / j	90 € / j	90 € / j	90 € / j	90 € / j	90 € / j	90 € / j

(1) Nous prenons en charge la franchise de 18 € sur les actes techniques de plus de 120 €.  
 (2) Montant ramené à 13,50 € / jour en cas de traitement psychiatrique.  
 (3) Le forfait journalier est remboursé pendant une durée maximum de :  
 - 30 jours par année d'assurance en cas de traitement psychiatrique  
 - 90 jours par année d'assurance lorsque vous\* êtes accueilli dans un centre de repos ou une maison de convalescence.  
 (4) En cas de traitement psychiatrique, la chambre particulière est **exclue**.

FRAIS MEDICAUX COURANTS									
U Prestations	Formules ↷	Hospi	Budget	Repère	Budget +	Equilibre	Equilibre +	Amplitude	Optimum
Généralistes (HORS CAS) : consultations et visites			100 %	100 %	100 %	100 %	150 %	100 %	200 %
Généralistes (CAS) : consultations et visites			100 %	100 %	100 %	100 %	170 %	100 %	220 %
Spécialistes (HORS CAS) : consultations et visites			100 %	100 %	100 %	100 %	200 %	100 %	200 %
Spécialistes (CAS) : consultations et visites			100 %	100 %	100 %	100 %	220 %	100 %	250 %
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kiné, etc...)			100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Analyses - Radiologie			100 %	100 %	100 %	100 %	150 %	100 %	200 %
Toute pharmacie remboursée et prescrite			100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Pharmacie non remboursée (prescrite ou non) inclus phytothérapie et vaccin anti-grippal saisonnier					15 €	15 €	15 €	20 €	30 €
Techniques alternatives sans prescription (ostéopathes, étioopathes, chiropracteurs, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues et diététiciens)						25 € par séance (maxi 2/an)	25 € par séance (maxi 2/an)	25 € par séance (maxi 3/an)	30 € par séance (maxi 3/an)
Prévention - actes du contrat responsable (ex. détartrage)			100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Sevrage tabagique (versé 1 fois dans toute la vie du contrat)						100 €	100 €	100 €	100 €



## ● Précisions concernant vos garanties

Si votre formule prévoit ces garanties et dans la limite des montants accordés.

### Au titre de la garantie hospitalisation, nous\* prenons en charge :

- ▮ l'hospitalisation en cours, à compter de la date d'effet du contrat, sous réserve de la justification d'un contrat d'assurance santé, immédiatement antérieur et sans interruption d'assurance.

### Au titre de la garantie frais médicaux courants, nous\* prenons en charge :

- ▮ les consultations et visites de généralistes ou de spécialistes de manière différenciée :  
Notre remboursement est modulé suivant que l'acte de votre praticien a été réalisé dans le cadre du CAS ou hors CAS.  
Le CAS (Contrat d'Accès aux Soins) est une convention signée entre votre médecin et l'assurance maladie.  
Il est destiné à favoriser l'accès aux soins des patients en leur permettant d'être mieux remboursés.
- ▮ les dépenses d'ostéopathie et de chiropractie.  
**Ces frais sont remboursés dans la mesure où ces actes ont été établis par un professionnel inscrit sur la liste dressée par les pouvoirs publics dans le département de leur résidence professionnelle.**
- ▮ tous les actes de prévention préconisés par la réglementation sur les contrats responsables c'est-à-dire :
  - le scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans,
  - un détartrage annuel,
  - un premier bilan du langage oral ou écrit pour un enfant de moins de 14 ans,
  - le dépistage de l'hépatite B,
  - le dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans,
  - l'ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans, tous les 6 ans,
  - les vaccinations suivantes, seules ou combinées :
    - diphtérie, tétanos et poliomyélite,
    - coqueluche : avant 14 ans,
    - hépatite B : avant 14 ans,
    - BCG : avant 6 ans,
    - rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non-immunisées désirant un enfant,
    - haemophilus influenzae B - infections à l'origine de la méningite de l'enfant,
  - les vaccinations contre les infections invasives à pneumocoques : avant 18 mois.
- ▮ les frais de traitement de sevrage tabagique (substituts nicotiques) dans la mesure où ils ont été prescrits médicalement.

### Au titre de la garantie dentaire, nous\* prenons en charge :

- ▮ les frais exposés suite à l'utilisation des techniques dentaires suivantes :
  - Inlay (reconstitution de la forme anatomique de la dent), onlay (sauvegarde de la dent afin de lui rendre sa forme anatomique),
  - endodontie (discipline spécialisée dans l'étude et le traitement des maladies de la pulpe dentaire),
  - implantologie (chirurgie dentaire spécialisée dans les implants),
  - parodontie (discipline s'occupant de l'ensemble des tissus se trouvant autour de la dent et la soutenant : *gencive, os, tissu*),
  - orthodontie (technique dentaire correctrice destinée notamment à prévenir ou à corriger les anomalies de position des dents).

### Au titre de la garantie optique, par référence au décret 2014-1374 du 18 novembre 2014, nous\* entendons par :

- ▮ **Equipement verres simples :**
  - Verres simples : sphère entre -6,00/+6,00 dioptries, cylindre < 4,00
- ▮ **Equipement verres complexes :**
  - Verres simples, multifocaux, progressifs : sphère entre -6,00/+6,00 dioptries, cylindre < 4,00 et sphère > -6,00/+6,00 dioptries, cylindre > 4,00
  - Verres simples, multifocaux, progressifs : sphère > -6,00/+6,00 dioptries, cylindre > 4,00
- ▮ **Equipement verres très complexes :** toutes autres corrections.

### Au titre des garanties optiques et dentaires

- ▮ le terme enfant désigne les enfants mineurs

### Au titre des autres garanties, nous\* versons à la mère de l'enfant :

- ▮ une prime de naissance ou d'adoption. La mère et l'enfant doivent être garantis par le présent contrat.

### Au titre de la garantie Renfort Coups Durs, nous\* prenons en charge :

- ▮ les frais exposés suite à un accident\* pour financer :
  - l'achat d'un fauteuil roulant,
  - des équipements basse vision (loupes grossissantes ou télé-agrandisseurs) utilisés lorsque des lunettes ou des lentilles ne suffisent plus pour corriger une très forte déficience visuelle.

## 2.4 Territorialité

### GARANTIES

Toutes garanties (sauf Assistance)

Assistance

### TERRITORIALITÉ OÙ S'EXERCE NOTRE GARANTIE

Monde entier, dès lors que les frais de soins exposés sont pris en charge par votre régime obligatoire\*. Le remboursement est toujours effectué en France et en €.

Voir § 1 « Assistance »

# 3 Mécanismes de maîtrise budgétaire

Pour maîtriser votre budget, vous\* pouvez opter pour les mécanismes suivants :

- la franchise prépayée,
- la suppression du tiers payant.

Ces choix figurent aux conditions particulières.

## 3.1 La franchise prépayée

### ● Principe général

Ce mécanisme, **sans jamais altérer les niveaux de remboursement que vous\* avez choisis**, vous\* donne l'opportunité de pouvoir récupérer jusqu'à **50 % de votre versement (hors cotisation assistance et hors taxes)**. En effet, votre versement se compose de 2 parties égales indissociables :

- votre cotisation d'assurance,
- votre réserve remboursable. Cette somme qui vous\* appartient se calcule au contrat et non par personne assurée.

**Tout ou partie de cette réserve peut vous\* être restituée dans les conditions suivantes :**

Si les dépenses de soins que nous\* vous\* avons réglées au titre de tous les assurés (hors prestations d'assistance) :

- ▶ sont supérieures, sur l'année, au montant de cette réserve, aucune restitution n'est effectuée,
- ▶ sont inférieures, sur l'année, au montant de cette réserve, nous\* vous\* restituons la partie non-utilisée. La restitution est donc égale à l'intégralité de la réserve si vous\* n'avez effectué aucune dépense de soins.

**Exemple :** votre versement est de 500 €. (hors cotisation assistance et hors taxes) 250 € sont affectés à la cotisation et 250 € sont affectés à la réserve. Si vos dépenses de soins (celles de l'ensemble des personnes assurées) sont de 300 €, aucune restitution ne sera réalisée. Si vos dépenses de soins sont de 100 €, nous\* vous\* restituerons 150 €. Si vous\* n'avez engagé aucune dépense de soins, nous\* vous\* restituons l'intégralité de la réserve soit 250 €.

### ● Modalités de calcul de votre réserve

- Votre compte réserve est alimenté selon les mêmes périodicité et fractionnement que votre versement.

- Vos prestations de soins garanties, dans la limite des plafonds prévus, sont réglées :
  - ▶ par priorité et jusqu'à épuisement complet, par prélèvement sur votre réserve,
  - ▶ après épuisement de la réserve, au titre de la garantie du contrat d'assurance.

- Les prestations d'assistance ne viennent pas réduire votre réserve.

### ● Restitution de votre réserve

**Votre contrat est en cours :**

Chaque année, en avril,

- nous\* totalisons tous les remboursements que nous\* avons effectués :
  - ▶ entre la date de souscription et le 1<sup>er</sup> janvier de l'année en cours → **si votre contrat a moins d'un an,**
  - ▶ entre le 31 décembre de l'année N -1 et le 1<sup>er</sup> janvier de l'année en cours → **si votre contrat a plus d'un an.**
- nous\* totalisons, sur les mêmes périodes, le montant de votre réserve,
- nous\* calculons le solde de votre compte réserve (montant de la réserve – montants des remboursements) :
  - ▶ quand aucun remboursement de prestations de soins n'est intervenu, **l'intégralité de votre réserve vous\* est remboursée,**
  - ▶ quand le montant des remboursements de soins est inférieur au montant de votre réserve, **le solde vous\* est remboursé,**
  - ▶ quand le montant des remboursements de soins est égal ou excède celui de votre réserve, **aucun remboursement n'est effectué.**
- nous\* vous\* informons et nous\* vous\* adressons, le cas échéant, le montant de votre réserve par lettre chèque.

### Vous\* résiliez votre contrat :

Six mois après la résiliation,

- nous\* totalisons tous les remboursements que nous\* avons effectués :
  - entre la date de souscription et la date de résiliation → **si votre contrat a moins d'un an,**
  - entre le 31 décembre de l'année N -1 et la date de résiliation → **si votre contrat a plus d'un an,**
- nous\* totalisons, sur les mêmes périodes, le montant de votre réserve,
- nous\* calculons le solde de votre compte réserve (montant de la réserve – montants des remboursements) :
  - quand aucun remboursement de prestations de soins n'est intervenu, **l'intégralité de votre réserve vous\* est remboursée,**
  - quand le montant des remboursements de soins est inférieur au montant de votre réserve, **le solde vous\* est remboursé,**
  - quand le montant des remboursements de soins est égal ou excède celui de votre réserve, **aucun remboursement n'est effectué.**
- nous\* vous\* informons et nous\* vous\* adressons, le cas échéant, le montant du remboursement par lettre chèque.

#### Cas du non-paiement du versement :

Quelle que soit la situation de votre contrat (en cours ou résilié) :

- votre réserve ne pourra être libérée que si votre versement annuel a été intégralement payé,
- aucune compensation ne pourra être opérée (en totalité ou en partie) entre la cotisation et la réserve remboursable.

### ● Communication permanente du solde de votre réserve

Vous\* pouvez consulter le solde de votre réserve :

- <http://www.thelem-assurances.fr> (modalités pratiques indiquées sur le site),
- sur simple demande auprès de votre assureur conseil,
- sur chaque décompte de prestations.

### ● Cas particulier du retrait d'un des assurés

La réserve se calcule globalement par contrat. Le retrait d'un des assurés n'entraîne pas la restitution anticipée de la réserve.

## 3.2 La suppression du tiers payant

Vous\* ne disposez pas d'attestation de tiers payant santé.

Ce mécanisme, n'altère pas les niveaux de remboursement que vous\* avez choisis.

En acceptant de faire l'avance de fonds auprès de tous les professionnels de santé, vous\* bénéficiez d'une réduction de tarif.

En cas d'hospitalisation\*, vous\* conserverez, toutefois, le bénéfice d'une prise en charge vous\* dispensant de l'avance des frais (vous\* reporter au § 5.4).

# 4 Exclusions générales applicables à toutes les garanties

## 4.1 Les exclusions du régime obligatoire\*

Nous\* ne remboursons pas :

- la participation forfaitaire pour certains actes médicaux ou consultations de médecins (1 € au 01/01/2010), conformément à la loi N° 2004 - 810 du 13/08/2004 et ses décrets d'application relatifs à l'assurance maladie,
  - les franchises médicales.
- Si vous\* ne suivez pas le parcours de soins coordonné et que vous\* avez souscrit un contrat responsable (§ 2.2) :
    - ▶ tout ou partie des dépassements d'honoraires des actes cliniques et consultations des médecins,
    - ▶ l'intégralité de la majoration du ticket modérateur appliquée par votre régime obligatoire\*.

## 4.2 Les exclusions liées à des risques particuliers

Nous\* ne remboursons pas les frais consécutifs à un accident\* ou une maladie,\* ainsi que leurs suites et conséquences :

- causés ou provoqués intentionnellement par les personnes assurées. Toutefois, demeure garantie la tentative de suicide de l'assuré mineur,
- résultant de votre participation active à une émeute, un mouvement populaire,
- causés par la guerre,
- dus aux effets directs ou indirects de modification du noyau atomique ou de tout phénomène de radioactivité. Toutefois, sont garanties les lésions occasionnées par les rayons X, le radium, ses composés et dérivés utilisés à des fins médicales et thérapeutiques,
- résultant de la pratique de sports à titre professionnel.

## 4.3 Les exclusions liées à des soins particuliers

Nous\* ne remboursons pas :

Les dépenses :

- résultant de traitements ou de chirurgie esthétique non pris en charge par votre régime obligatoire\*,
  - à des fins psychanalytiques et de rajeunissement,
  - résultant de soins relatifs à la désintoxication alcoolique ou à la toxicomanie.
- Les frais de séjour en :
- centres de repos ou de convalescence au-delà des trois premiers mois,
  - hospice, maison de retraite ou établissement assimilé,
  - maison d'enfant à caractère sanitaire, institut médico-pédagogique, institut médico-éducatif, service de long séjour dans un hôpital, établissement de rééducation pour des rééducations fonctionnelles non liées à un accident\* ou consécutives à une intervention chirurgicale, datant de plus de 6 mois.

# 5 Le règlement de vos prestations

## 5.1 En complément du régime obligatoire\*

- Nous\* vous\* faisons bénéficier de la télétransmission automatique des relevés de remboursement par le régime obligatoire\* sous réserve de l'accord de celui-ci et sauf avis contraire de votre part.

Vous\* recevez l'original du relevé de remboursement du régime obligatoire\*.

Si sur ce décompte, la mention « transmis directement à votre organisme complémentaire » figure : **vous\* n'avez pas à transmettre ce document.**

- Si vous\* ne pouvez pas ou ne voulez pas bénéficier de la télétransmission avec le régime obligatoire\*, vous\* devrez nous\* adresser l'original du relevé de remboursement délivré par le régime obligatoire\*.

**Dans ce cas, merci d'adresser ce décompte dans l'enveloppe pré-adressée à :**

✉ Thélem assurances  
Département Santé  
TSA 10005  
41972 BLOIS CEDEX 9

## 5.2 Sans intervention du régime obligatoire\*

Selon les garanties souscrites, vous\* devez transmettre les documents suivants :

PRESTATIONS	DOCUMENT(S) À TRANSMETTRE
<b>Frais médicaux courants</b> Pharmacie non remboursée, techniques alternatives Sevrage tabagique	Factures originales des frais réellement engagés. Copie de la prescription médicale et factures originales des frais réellement engagés.
<b>Optique</b> Lentilles correctrices, chirurgie de l'œil	Copie de la prescription médicale et factures originales des frais réellement engagés.
<b>Dentaire</b> Prothèses non remboursées, implantologie / parodontie / endodontie	Factures originales des frais réellement engagés.
<b>Autres prestations</b> Fécondation in vitro – Amniocentèse (procédure médicale utilisée en diagnostic prénatal) Prime de naissance Cures thermales Renfort audioprothèses	Factures originales des frais réellement engagés. Acte de naissance ou d'adoption. Factures (transport et hébergement). Factures originales des frais réellement engagés.
<b>Renfort Coups Durs</b> Fauteuil roulant, équipements basse vision	Copie de la prescription médicale et factures originales des frais réellement engagés.

## 5.3 Quand vous\* bénéficiez du tiers payant

- Vous\* n'avancez pas vos frais médicaux auprès des professionnels de santé acceptant le tiers payant avec Thélem assurances, dans la limite de la base de remboursement retenue par votre régime obligatoire\*.

Une attestation vous\* est remise.

Elle indique :

- ▶ les professionnels de santé pour lesquels les droits sont ouverts,
- ▶ les assurés qui peuvent en bénéficier.

Elle doit être présentée aux professionnels de santé. En cas de perte de votre attestation, vous\* devez faire une demande de renouvellement auprès de votre assureur conseil. Si votre contrat est résilié, vous\* devez impérativement restituer votre attestation à votre assureur conseil.

- Vous\* utiliserez votre attestation tiers payant iSanté :

### ▶ auprès des professionnels suivants :

- pharmaciens, laboratoires d'analyses médicales et de radiologie adhérents au système iSanté,
- auxiliaires médicaux (kinés, infirmiers, etc...) adhérents au système iSanté,
- opticiens (parmi les plus grandes enseignes, ainsi que des opticiens indépendants) adhérents au système iSanté.

### ▶ lors de :

- consultations ou examens réalisés en milieu hospitalier dans le cadre de soins externes et dans la mesure où une convention de tiers payant a été signée.

## 5.4 Suite à une hospitalisation

Sur votre demande, nous\* adressons à l'établissement hospitalier une prise en charge. Dans la limite de la garantie souscrite, nous\* réglons directement l'établissement (y compris le forfait

chambre particulière, les frais de location de TV et de téléphone si votre formule couvre ces dépenses) et vous\* n'avez à payer que les éventuels suppléments.

## 5.5 Quand votre contrat intervient en tant que surcomplémentaire santé

### RÈGLES GÉNÉRALES

La surcomplémentaire ne peut être souscrite que dans la mesure où vous\* bénéficiez d'une complémentaire santé.

**Le cumul des remboursements du régime obligatoire\* et des remboursements des complémentaires santé ne peut excéder les frais que vous\* avez réellement engagés.**

### MODALITÉS PRATIQUES DE RÈGLEMENT

Nous\* pouvons intervenir :

- en 1<sup>er</sup> niveau c'est-à-dire sans intervention préalable de votre régime obligatoire\* ou de votre contrat complémentaire santé. Vous\* nous\* transmettez les factures originales des frais réellement engagés.

- en 2<sup>ème</sup> niveau c'est-à-dire après intervention de votre régime obligatoire\* ou de votre complémentaire santé.

Vous\* nous\* transmettez votre décompte :

- ▶ de votre régime obligatoire\* s'il est intervenu seul,
- ▶ ou de votre complémentaire santé.

- en 3<sup>ème</sup> niveau, c'est-à-dire après intervention de votre régime obligatoire\* et de votre complémentaire santé.

Vous\* nous\* transmettez le décompte de votre complémentaire santé.

### Vous\* ne bénéficiez pas :

- des services carte blanche,
- du tiers-payant,
- de la télétransmission automatique des relevés de remboursement par le régime obligatoire\*.

## 5.6 Avance sur devis dentaire

Les prothèses dentaires peuvent entraîner des dépenses très lourdes. Pour vous\* aider à y faire face, nous\* pouvons vous\* faire l'avance d'une partie de ces frais, selon les modalités suivantes :

- Vous\* adresserez, le cas échéant, une demande d'entente préalable à votre régime obligatoire\*. Dès son accord ou dès que vous\* le souhaitez en l'absence d'entente préalable, vous\* pouvez nous\* demander **une avance de 70 % des montants de remboursements que nous\* vous\* devons (au titre des garanties que vous\* avez souscrites)**. Cette avance sera réglée directement à votre praticien.

Correspondance à adresser à :

✉ Thélem assurances  
Département Santé  
TSA 10005  
41972 BLOIS CEDEX 9

## 5.7 Nos engagements

### 1/ Information claire

Notre département Santé vous\* adresse tous les mois (si au moins une demande de remboursement a été traitée) un bordereau récapitulatif détaillant l'ensemble des remboursements réalisés depuis l'envoi du bordereau précédent.

En cas de remboursement supérieur à 300 €, le bordereau est adressé en même temps que le remboursement.

**Pour connaître à l'avance vos montants de remboursements ou pour être renseigné sur un remboursement, c'est très simple :**

- Contactez le : **09 77 40 06 99**
- Connectez-vous : <http://www.thelem-assurances.fr>

### 2/ Délais de remboursements rapides

Vos demandes de remboursement sont traités en 48 heures à la réception du décompte.

### 3/ Vos remboursements

- Pour connaître à l'avance vos montants de remboursements (notamment en optique et en dentaire)
- Pour être renseigné sur un remboursement déjà effectué,

C'est très simple,

- Contactez notre département Santé :  
Téléphone : 09 77 40 06 99  
Fax : 02 54 57 34 40
- Créez ou connectez-vous à votre espace assuré :  
[www.thelem-assurances.fr](http://www.thelem-assurances.fr)

## 5.8 Autres assurances

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription.

Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix (Article 2 Décret n° 90-769 du 30 Août 1990 et 2<sup>e</sup> alinéa de l'Article 9 de la Loi du 31 Décembre 1989).

## 5.9 Informations complémentaires / Examen médical / Mission d'information / Expertise

**Vous\* acceptez si nous\* le jugeons utile :**

- de nous\* transmettre tous renseignements ou documents supplémentaires. Si vous\* estimez que certaines informations sont confidentielles, vous\* pouvez les adresser à notre médecin-conseil,
- de vous\* soumettre à un examen médical par un médecin désigné à nos frais et à toute autre mission d'information effectuée par nos représentants ou délégués.

En cas de contestation d'ordre médical portant sur l'origine, les causes ou les conséquences de l'accident\* ou de la maladie\*, le différend est soumis à une expertise contradictoire.

Chacune des parties désigne un médecin. Si les médecins ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils s'adjoignent un troisième médecin ; les trois médecins procèdent en commun et à la majorité des voix.

Faute par l'une des parties de nommer son médecin ou pour les deux médecins de s'entendre sur le choix du troisième, la désignation est effectuée par la juridiction compétente sur simple requête de la partie la plus diligente, faite au plus tôt 15 jours après l'envoi, à l'autre partie, d'une lettre recommandée de mise en demeure avec accusé de réception.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son expert et, s'il y a lieu, la moitié des honoraires du tiers expert et des frais de sa nomination.

## 5.10 Perte de vos droits

Dans le cas où il serait fait obstacle à l'exercice des investigations décrites au § 5.9, **vous\* seriez déchu de tout droit à indemnité**, sauf opposition justifiée.

L'utilisation de renseignements ou de documents inexacts ou falsifiés, dans le but d'obtenir des prestations indues, **entraînerait la perte de vos droits à prestations**. Nous\* pourrions résilier le contrat selon le § 6.3.

## 5.11 Subrogation

Nous\* sommes subrogés dans les termes de l'article L 121-12 du Code des Assurances, jusqu'à concurrence du montant des prestations que nous\* payons, dans vos droits et actions contre tout responsable du sinistre.

**Si la subrogation ne peut plus, de votre fait, s'opérer en notre faveur, notre garantie cesse d'être engagée dans la mesure même où aurait pu s'exercer la subrogation.**

# 6 Vie du contrat

## 6.1 Vos obligations - Nos obligations

### ● Information sur le risque

#### Vos déclarations à la souscription ou en cours de contrat

Votre contrat est établi d'après vos déclarations faites lors de la souscription ou lors du dernier avenant. Ces déclarations sont reproduites aux conditions particulières.

En cours de contrat, vous\* devez nous\* déclarer les modifications concernant les événements suivants :

- changement de domicile,
- modification de la composition de votre famille assurée,
- modification du régime obligatoire\* de rattachement d'une des personnes assurées,
- retraite professionnelle, cessation temporaire ou définitive d'activité professionnelle d'une des personnes assurées.

**Si cette modification entraîne un changement de cotisation, vous\* avez 30 jours pour accepter ou refuser la proposition tarifaire. Si vous\* la refusez, le contrat est résilié 30 jours après votre notification de refus.**

#### Conséquences de déclarations inexactes

**Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou inexactitude dans les déclarations entraîne l'application, suivant le cas, des sanctions prévues aux articles L 113-8 et L 113-9 du Code des Assurances.**

**Tout défaut d'information relatif aux éléments de déclarations constitue une aggravation du risque. Vous\* devez nous\* déclarer toute modification, par lettre recommandée si possible, dans un délai de 15 jours à partir du moment où vous\* en avez connaissance.**

#### Cotisation d'assurance

La cotisation annuelle (ainsi que les frais, taxes et contributions fixées par l'état) se paie à la date (ou aux dates) indiquées aux conditions particulières.

#### En cas de non-paiement de la cotisation

**Si vous\* ne payez pas votre cotisation ou une fraction de la cotisation dans les 10 jours de son échéance, nous\* adressons à votre dernier domicile connu une lettre recommandée qui, sauf paiement entre temps :**

- suspend les garanties à l'expiration d'un délai de 30 jours,
- résilie le contrat à l'expiration d'un délai supplémentaire de dix jours.

Le règlement de la cotisation effectué après la date de résiliation n'entraîne pas pour autant la remise en vigueur du contrat.

En cas de fractionnement de la cotisation annuelle, la suspension

de la garantie intervenue pour non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée, sans pour autant vous\* dispenser de l'obligation de payer les fractions de cotisation exigibles à leurs échéances.

Lorsque la cotisation annuelle sera payable par fractions, il est entendu qu'en cas de non-paiement d'une fraction de cotisation à son échéance, toutes les fractions non encore payées de l'année d'assurance en cours deviendront automatiquement exigibles.

#### **RAPPEL : Si vous\* avez choisi l'option franchise prépayée (§ 3.1),**

- Votre réserve ne pourra être libérée que si votre versement annuel a été intégralement payé.
- Aucune compensation ne pourra être opérée en totalité ou en partie entre la cotisation et la réserve remboursable.

### ● Révision de la cotisation

**Chaque année, la cotisation est modifiée, le cas échéant, en fonction de différents éléments :**

#### ● Changement de tranche d'âge

La cotisation est réajustée automatiquement pour chaque personne assurée à compter de l'échéance principale, qui suit son passage dans la tranche d'âge supérieure, conformément au tarif ayant servi de base à l'établissement du contrat et qui en fait partie intégrante.

#### ● Changement de domicile (résidence principale)

La cotisation est réajustée à chaque changement de domicile lorsqu'il entraîne une modification de zone géographique tarifaire.

#### ● Révision de tarif (à caractère technique)

Nous\* pouvons réviser nos tarifs pour d'autres motifs (à caractère technique), tels que la modification des bases de remboursement du régime obligatoire\*. La cotisation est modifiée à l'échéance.

**En cas de majoration de la cotisation, vous\* aurez le droit de résilier le contrat par lettre recommandée dans les 30 jours suivant celui où vous\* aurez eu connaissance de la majoration. La résiliation prend effet 1 mois après l'envoi de cette lettre et la cotisation restant due, pour la période entre la dernière échéance et la date d'effet de la résiliation, sera calculée sur la base du tarif précédent.**

### ● Frais de gestion

Nous\* vous\* informons que des frais peuvent vous\* être imputés au titre de la gestion de votre contrat. Le détail de ces frais est disponible auprès de votre intermédiaire ou sur notre site internet.

## 6.2 Formation - Effet et durée du contrat

### Formation

Le contrat est formé dès l'accord des parties. Avant la conclusion du contrat, nous\* vous\* remettons un exemplaire de projet du contrat et de ses pièces annexes valant notice d'informations.

### Effet

Le contrat prend effet à la date et l'heure indiquées aux conditions particulières.

En cas de paiement par chèque, la prise d'effet du contrat est subordonnée à l'encaissement du chèque.

Les mêmes dispositions s'appliquent à tout avenant au contrat

sauf si nous\* refusons dans les 10 jours votre proposition faite par lettre recommandée de modifier le contrat.

### Durée

**Le contrat est souscrit jusqu'à la prochaine échéance principale.**

**Il est renouvelable ensuite par tacite reconduction à chaque échéance principale avec les facultés de résiliation prévues au § 6.3.**

**S'il s'agit d'un contrat temporaire (mention en est faite alors sur vos Conditions Particulières), la date d'expiration est portée sur les Conditions Particulières.**

## 6.3 Résiliation du contrat

### ● Les cas de résiliation

Le contrat peut être résilié dans les cas ci après :

#### Par vous\* :

- chaque année, à la date d'échéance principale, moyennant un préavis de deux mois au moins.
- en cas de survenance de l'un des événements suivants (L 113-16 du Code des Assurances) :
  - changement de domicile,
  - changement de situation matrimoniale,
  - changement de régime matrimonial,
  - changement de profession,
  - retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle,lorsque les risques garantis sont en relation directe avec la situation antérieure et ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La résiliation doit :

- être effectuée dans les trois mois suivant la date de l'événement,
- comporter toutes précisions de nature à établir qu'elle est en relation directe avec ledit événement,
- être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception, indiquant la nature et la date de l'événement invoqué (R 113-6 du Code des Assurances),
- prendre effet un mois après sa notification.
- en cas de diminution du risque si nous\* ne consentons pas la réduction de cotisation correspondante (L 113-4 du Code des Assurances),
- si nous\* avons résilié, après un sinistre, un autre contrat que vous\* aviez conclu avec nous\* ; vous\* avez alors un mois pour résilier le présent contrat, cette résiliation prenant effet un mois après sa notification (R 113-10 du Code des Assurances),
- en cas de révision de la cotisation pour des motifs à caractère technique dans les conditions prévues au § 6.1 VOS OBLIGATIONS - NOS OBLIGATIONS - Révision de la cotisation,
- en cas de transfert du portefeuille de l'assureur (L 324-1 du Code des Assurances),
- chaque année dans un délai de 20 jours suivant la date d'envoi (cachet de la poste) de l'avis d'échéance principale lorsque le document comporte une mention rappelant les conditions de dénonciation qui vous\* sont offertes, ou à tout moment à compter de la date de reconduction du contrat en l'absence d'une telle mention sur l'avis d'échéance principale. La résiliation prend alors effet le lendemain à OH00 de l'envoi de la notification, que vous\* nous\* adressez, le cachet de la poste faisant foi.
- en cas de démarchage à domicile (L 112-9 du Code des Assurances).

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'accusé de réception pendant un délai de 14 jours calendaires révolus, à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Pour l'exercice de ce droit, vous\* devez adresser à votre assureur conseil une lettre recommandée avec accusé de réception reprenant le modèle suivant :

« Madame, Monsieur, je soussigné(e).....  
déclare renoncer au présent contrat.

Fait le..... (+ date et signature)».

Vous\* serez alors remboursé, au plus tard dans les 30 jours, de la part de cotisation correspondant à la période d'assurance durant laquelle le risque n'a pas couru, sauf mise en jeu de la garantie.

#### Par nous\* :

La garantie étant viagère nous\* ne sommes autorisés à résilier le contrat que dans les cas suivants :

- en cas de non-paiement des cotisations (L 113-3 du Code des Assurances),
- en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque (L 113-9 du Code des Assurances),
- en cas de refus du nouveau montant de cotisation proposé lorsque vous\* changez de domicile ou de régime obligatoire\*.

#### En cas de vente à distance :

Si le contrat a été souscrit dans le cadre d'une vente à distance, vous\* bénéficiez, conformément à l'article L. 112-2-1 du Code des assurances, d'un droit :

- de renonciation dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter :
  - a) soit du jour où le contrat à distance est conclu,
  - b) soit du jour où le souscripteur reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L. 121-20-11 du Code de la Consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au point a) ci-dessus.
- à être remboursé des sommes réglées et encaissées au titre de la période postérieure à la date de renonciation, dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la lettre de renonciation.

Pour exercer cette faculté, vous\* devez adresser une lettre recommandée avec accusé de réception à : Thélem assurances - BP 63130 - 45431 CHECY CEDEX selon le modèle ci-après :

« Je soussigné(e) ..... demeurant..... , déclare renoncer à mon contrat d'assurance N°..... souscrit le.....

Date : Signature :

Cette renonciation ne s'applique pas :

- aux contrats d'assurance temporaire dont la durée est inférieure à un mois,
- dès lors que vous\* avez bénéficié de la prise en charge d'un sinistre\* au titre des garanties de votre contrat.

#### De plein droit :

- en cas de retrait total d'agrément ou de liquidation judiciaire de l'assureur (L 326-12 et R 326-1 du Code des Assurances),
- si vous\* ne bénéficiez plus d'un régime obligatoire\*.

### ● Notification des résiliations

Lorsque vous\* avez la faculté de résilier le contrat, vous\* pouvez le faire à votre choix, soit par lettre recommandée, soit par une déclaration faite contre récépissé à notre siège ou auprès de votre assureur conseil.

Si nous\* prenons l'initiative de résilier votre contrat, la résiliation doit vous\* être notifiée par lettre recommandée à votre dernier domicile dont nous\* avons connaissance.

Les délais de préavis, s'il en est prévu, pour la résiliation, sont décomptés à partir de la date d'envoi de la notification, le cachet de la poste faisant foi.

### ● Fraction de la cotisation postérieure à la résiliation / Indemnité de résiliation

En cas de résiliation au cours d'une période d'assurance, la fraction de cotisation correspondant à la période postérieure à la résiliation ne nous\* est pas acquise. Elle doit vous\* être remboursée si elle a été perçue d'avance sauf en cas :

- de non-paiement de la cotisation (L 113.3 du Code des Assurances). La cotisation annuelle est intégralement due,
- d'application des sanctions prévues au titre de l'article L 113.8 du Code des Assurances (nullité du contrat), les cotisations échues nous\* restant acquises.

# 7 Informations Juridiques

## 7.1 Prescription

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L114-1 à L114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

### Article L114-1 du code des assurances

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Ce délai ne court :

- 1/ en cas de réticence, omission, fausse ou inexacte déclaration, que du jour où \* nous en avons connaissance,
- 2/ en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

### L 114-2 du code des assurances

La prescription peut être interrompue :

- 1/ par une des causes ordinaires d'interruption par références aux articles 2240 à 2246 du code civil c'est-à-dire : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, la demande en justice, un acte d'exécution forcée. Pour connaître l'exhaustivité des causes ordinaires d'interruption de la prescription merci de vous reporter aux articles du Code civil précités.
- 2/ dans les cas suivants : désignation d'expert(s) à la suite d'un sinistre\*, envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception (au titre du paiement de votre cotisation ou du règlement de l'indemnité), citation en justice (même en référé), commandement ou saisie.

### Article L114-3 du Code des assurances

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

## 7.2 Réclamation

Vous apporter une relation unique et de qualité est notre principal objectif.

Il peut cependant arriver que vous rencontriez un mécontentement ou un désaccord avec nous relatif à l'établissement d'un devis, à la gestion de votre contrat ou de votre sinistre.

### Parlez-en à votre interlocuteur habituel :

S'il ne peut lui-même apporter des réponses à vos questions et/ou des solutions à vos difficultés, vous pourrez vous adresser aux services du siège à l'adresse suivante : Thélem assurances - Le Croc- 45430 CHECY.

### Les services du siège :

Les services du siège prennent en charge vos réclamations. Ils analysent l'origine du problème et s'assurent de vous apporter une réponse dans les meilleurs délais. Si la réponse apportée ne vous satisfait toujours pas, nos services vous proposeront de vous adresser à notre médiateur interne.

### Le médiateur interne :

Ce recours amiable est gratuit.

Le Médiateur est indépendant. Il traitera votre situation en droit et en équité.

Vous pouvez saisir le Médiateur si un mécontentement persiste malgré vos échanges avec votre agence puis avec les Services du siège.

Vous pouvez lui adresser votre courrier à l'adresse suivante:

Thélem assurances, A l'attention du Médiateur interne, Le Croc 45430 Chécy.

### Le Médiateur de la profession :

Si vous estimez que les réponses apportées à votre réclamation ne sont pas satisfaisantes après toutes les voies de recours décrites ci-dessus, vous pouvez présenter un recours au médiateur de la profession, pour les litiges concernant votre contrat et vous opposant à votre assureur : FFSA, A l'attention de Monsieur le Médiateur, BP 290 Paris cedex 09.

Pour plus de détails sur la procédure de médiation, vous pouvez consulter la Charte FFSA.

## 7.3 Loi relative à l'informatique, aux fichiers et libertés

Les données personnelles recueillies, traitées et enregistrées par Thélem assurances, responsable du traitement, sont obligatoires et sont notamment utilisées par la Société pour la gestion du contrat ou pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires.

Ces données, pendant toute la durée de la relation contractuelle, pourront être communiquées aux prestataires de service, aux partenaires et aux sous-traitants qui exécutent pour le compte de

Thélem assurances certaines tâches indispensables à la bonne exécution du contrat.

Ces données personnelles pourront donner lieu à l'exercice du droit d'accès, de rectification et d'opposition dans les conditions prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, par courrier adressé à Thélem assurances- à l'attention du CIL- Le Croc BP 63130 - 45430 CHECY.

## 7.4 Preuves

Nous\* acceptons et vous\* acceptez expressément que les copies des documents contractuels, sous forme électronique, soient admises comme preuves au même titre que l'écrit sur support papier.

## Pour être remboursé, c'est très simple !

Si votre organisme obligatoire pratique les échanges informatiques avec le Département Santé Thélem assurances, vous n'avez rien à faire :

- Votre décompte nous parvient automatiquement.
- Sinon, adressez-nous le décompte.

Pour les prestations que nous couvrons mais que votre régime obligatoire ne prend pas en charge, les justificatifs (suivant les cas : copie de la prescription médicale, factures originales des frais réellement engagés, etc...) doivent nous être transmis par courrier.

Pour plus de précisions, vous pouvez vous reporter au § 5.2 du présent document.

**Astuce** lorsque vous correspondez avec notre Département Santé, utilisez l'enveloppe pré-adressée.

## Pour le suivi de vos remboursements...

Pour toute question concernant vos remboursements ou les services du Département Santé, merci de nous joindre au :

**09 77 40 06 99**

Ce numéro est accessible du lundi au vendredi de **8 h 30 à 18 h (sauf jours fériés)**.

Vous pouvez également nous contacter à l'adresse suivante :

**Thélem assurances - Département Santé - TSA 10005  
41972 Blois cedex 9**

ou par internet : <http://sante.thelem-assurances.fr>

**Assistance** Vous voulez bénéficier des prestations d'assistance, composez-le :

**01 40 25 16 16**

Ce numéro est accessible **24 heures/24, 7 jours/7**.

Pour l'ensemble des prestations d'assistance, n'engagez pas de frais sans nous avoir contactés au préalable.

**Evolution de votre contrat**

Votre situation familiale ou professionnelle évoluée, vous souhaitez changer de formule, vous avez besoin de précisions sur votre contrat :

**Contactez votre assureur conseil, vous serez accueilli,  
écouté et renseigné par un professionnel.**

## Vos avantages CARTE BLANCHE

Un bouquet de services et des tarifs très avantageux auprès de professionnels !

- **11 000 opticiens indépendants ou franchisés :**

- ▶ s'engageant à respecter individuellement une charte de qualité de services,
- ▶ pratiquant des tarifs compétitifs sur les verres (de - 25 à - 35 % du prix marché) et sur les montures,
- ▶ acceptant le tiers-payant optique. Vous présentez votre carte et vous ne faites pas l'avance des frais couverts par votre contrat santé,
- ▶ garantissant les lunettes contre la casse pendant 2 ans,
- ▶ garantissant l'adaptation et la déchirure des lentilles pendant 3 mois.

- **2 000 audioprothésistes avec des prix négociés pour vos prothèses auditives.**

- **un annuaire de professionnels de santé** pour répondre à vos interrogations.

### Comment faire ?

Pour trouver la liste des professionnels partenaires et accéder à toute l'information en ligne, il vous suffit de vous connecter sur votre espace assuré via [www.thelem-assurances.fr](http://www.thelem-assurances.fr) (rubrique « mes contrats ») ou créez votre espace assuré si vous ne l'avez pas encore fait.

Pour bénéficier de tous ces avantages chez les professionnels partenaires, vous présentez votre attestation TIERS PAYANT sur laquelle apparaît le logo CARTE BLANCHE.



Mon assureur 



**Thelem assurances**, société d'assurance mutuelle à cotisations variables.

**Thelem prévoyance**, filiale de Thelem assurances, SA à conseil d'administration au capital de 12 000 580 euros, RCS Orléans N° 539 477 059. Entreprises régies par le code des assurances.

Autorité de contrôle : ACPR - 61, rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09

Sièges sociaux : Le Croc - BP 63130 - 45430 Chécy - Tél. 02 38 78 71 00 Fax 02 38 78 72 92 - [www.thelem-assurances.fr](http://www.thelem-assurances.fr)