



Complémentaire Santé

Solution 50

Notice d'information
valant Conditions Générales



www.MesSolutionsMercer.fr

Complémentaire Santé

LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

La Notice a pour but de vous informer des termes des conventions d'assurance n° 800973 (Madelin) et n° 800974 (Non Madelin) conclues entre nous, sociétés d'assurance du groupe AXA, et l'Association MUSTI.

La présente notice prend effet le 1er janvier 2018

Nous utilisons régulièrement les termes suivants :

- **Les conventions d'assurance n° 800973 et n° 800974** sont des contrats collectifs à adhésion facultative couvrant des risques de santé, elles seront le plus souvent désignées par la convention d'assurance.
- **Les assureurs** sont les sociétés d'assurance qui garantissent les risques souscrits ; il seront le plus souvent désignés par **nous**.
- **Le souscripteur** est l'Association MUSTI, association conforme aux dispositions de la loi 1901 ci-après dénommée MUSTI qui a conclu la convention d'assurance pour le compte de ses adhérents ; il sera le plus souvent désigné par le **souscripteur**.
- **L'adhérent** à la convention d'assurance est la personne qui :
 - > s'engage par la signature du bulletin d'adhésion,
 - > choisit les garanties,
 - > désigne le ou les bénéficiaires des prestations,
 - > paye les cotisations.Son adhésion est composée :
 - > de la présente Notice d'information qui définit le fonctionnement de la convention d'assurance et des garanties
 - > du certificat d'adhésion qui précise l'identité des personnes assurées et les garantiesL'adhérent sera le plus souvent désigné par **vous**.
- **Les bénéficiaires** sont vous-même et vos ayants droit définis à l'article « Les bénéficiaires de la garantie ».

IMPORTANT :

La gestion du contrat **Solution 50** a été confiée à la Société Mercer*.

A cet effet, l'ensemble des demandes de remboursement ou autres correspondances relatives à une adhésion doivent être transmises au Centre de gestion de la Société Mercer à l'adresse suivante :

MERCER - Centre de gestion individuelle
164-174, rue Victor Hugo
92536 Levallois Perret Cedex

0 825 800 812

Service 0,15 € / min
+ prix appel

Le centre de gestion de la Société Mercer est dénommé « Centre de gestion » dans la présente notice.



Complémentaire Santé

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| I - Les dispositions relatives à la convention d'assurance | 5 |
| Article 1. Objet de la convention d'assurance | 5 |
| Article 2. Effet et durée de la convention d'assurance | 5 |
| Article 3. Information | 5 |
| Article 4. La renonciation | 5 |
| Article 5. Modification de la convention d'assurance | 6 |
| Article 6. Les réclamations | 6 |
| Article 7. La prescription | 6 |
| Article 8. La législation relative au traitement des données à caractère personnel | 7 |
| Article 9. Les mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale | 8 |
| II - Votre adhésion | 8 |
| Article 10. Groupe assurable | 8 |
| Article 11. Date d'effet de votre adhésion et durée des garanties | 9 |
| Article 12. Les cotisations | 10 |
| III - Votre garantie frais de santé | 10 |
| Article 13. Les bénéficiaires de la garantie | 10 |
| Article 14. Choix et modification du niveau de garantie | 11 |
| Article 15. Vos remboursements de frais de santé | 11 |
| Article 16. Les montants des garanties | 12 |
| Article 17. La téléconsultation | 15 |
| IV - Les prestations d'assistance | 18 |
| Article 18. Modalité de Déclaration des sinistres | 18 |
| Article 19. Définitions | 18 |
| Article 20. Garanties d'assistance informations et conseils | 19 |
| Article 21. Garanties d'assistance à domicile | 20 |
| Article 22. Garanties d'assistance médicale | 22 |
| Article 23. Exclusions communes à toutes les garanties | 22 |
| Article 24. Prise d'effet – Durée – résiliation | 23 |
| Article 25. Loi informatique et libertés | 23 |
| Article 26. Réclamations et différends | 24 |
| Article 27. Prescription | 24 |
| Article 28. Autorité de contrôle | 24 |
| V - Les documents nécessaires au règlement des prestations | 25 |

Complémentaire Santé

I - LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA CONVENTION D'ASSURANCE

Article 1. Objet de la convention d'assurance

L'association MUSTI, Association loi 1901 dont le siège est à PUTEAUX 92800, Tour Ariane- 5, place de la Pyramide, a conclu une convention d'assurance de groupe à adhésion facultative, avec les sociétés d'assurance suivante du groupe AXA :

- AXA France Vie, dont le siège social est à Nanterre (92727), 313 Terrasses de l'Arche, pour garantir, pour les personnes appartenant au groupe assurable et répondant aux conditions d'adhésion (article « Groupe assurable »), le remboursement total ou partiel des dépenses de santé décrites dans les pages suivantes et réalisées entre la date de début et la date de fin de la garantie, selon les dispositions du titre « Vos garanties frais de santé »,
- AXA Assistance France Assurances, Société Anonyme, dont le siège social est à Châtillon (92320), Le Carat, 6, rue André Gide, pour garantir les prestations d'assistance selon les dispositions prévues à la convention d'assistance n°5004959.

Elle est régie par le Code des assurances. Notre autorité de contrôle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 61 rue Taitbout, 75009 Paris.

Elle est émise dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables et solidaires », défini aux articles L871-1 et L322-2 du Code de la Sécurité sociale et leurs décrets d'applications.

La convention n° 800973 est de plus émise dans le cadre de la loi du 11 février 1994, dite loi Madelin, qui autorise, pour les personnes relevant du régime obligatoire des travailleurs non salariés (TNS), non agricoles, la déductibilité fiscale des cotisations sous certaines limites et conditions.

Article 2. Effet et durée de la convention d'assurance

Les conventions d'assurance n° 800973 et n°800974 signées entre l'association MUSTI et les assureurs sont conclues à effet du 1er janvier 2017. Elles sont en vigueur jusqu'au 31 décembre 2017 et se reconduisent par accord tacite au 1er janvier de chaque année.

La résiliation de la convention d'assurance entraîne le transfert des adhésions précédemment acceptées au présent contrat vers un contrat collectif à adhésion facultative ; vous continuez à bénéficier de l'ensemble de vos garanties pour le niveau souscrit et

ce, jusqu'à leur extinction, sous réserve du paiement des cotisations selon les modalités de l'article « les cotisations ».

Toutefois, aucune nouvelle adhésion ou modification des garanties ne pourra être acceptée par l'assureur après résiliation.

Article 3. Information

Le souscripteur s'engage à vous remettre un exemplaire de la notice précisant les modalités d'application de la garantie et à vous informer par tout moyen à sa convenance des modifications contractuelles.

La preuve de la remise de la notice à l'adhérent et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe au souscripteur.

Lorsque vous souhaitez obtenir des précisions sur les clauses et conditions d'application de la convention notamment à l'adhésion ou en cas d'application de la garantie, vous pouvez vous adresser en priorité à votre interlocuteur habituel auprès de Mercer qui est en mesure d'étudier toutes vos demandes.

Article 4. La renonciation

Vous disposez, en cas de vente à distance ou de démarchage, d'un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la conclusion de votre adhésion, dans le cadre de la vente à distance, de la réception par le souscripteur des conditions contractuelles et des informations si cette date est postérieure à celle de la conclusion de votre adhésion et au plus tard à compter du jour d'encaissement du premier versement, pour renoncer à votre adhésion.

La renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception envoyée à :

MERCER - Centre de gestion individuelle - 164-174, rue Victor Hugo. 92536 Levallois Perret Cedex

par exemple, selon modèle suivant :

« Je soussigné (nom
et prénom)
né(e) le demeurant
.....
déclare irrévocablement renoncer à mon adhésion à la convention d'assurance n° 800973 ou 800974 pour laquelle j'ai effectué un premier versement depuis moins de 14 jours.
À le
Signature »

La renonciation entraîne la restitution des sommes versées dans un délai maximal de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre de renonciation en recommandé avec avis de réception.



Complémentaire Santé

La réception de la demande de renonciation entraîne l'annulation de l'ensemble des garanties.

Article 5. Modification de la convention d'assurance

Une décision législative ou réglementaire peut entraîner une modification des conditions préexistantes de l'assurance ou de la portée de nos engagements. Dans ce cas, nous procédons à la révision de la convention à laquelle vous avez adhéré. En particulier, la convention sera automatiquement révisée en fonction des évolutions législatives et réglementaires concernant les contrats dits « responsables ».

La convention peut également être modifiée d'un commun accord entre l'assureur et l'association contractante. Les nouvelles conditions prennent alors effet le 1er janvier de l'année suivant notre accord, ou avant cette date d'un commun accord.

Toute modification de vos droits et obligations sera portée par écrit à votre connaissance par l'Association MUSTI dans un délai de trois mois minimum avant son entrée en vigueur, conformément à l'article L141-4 du Code des assurances.

Jusqu'à la date d'effet de cette modification, les dispositions antérieures continuent de s'appliquer à votre adhésion sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et d'application immédiate. Vous pourrez résilier votre adhésion en raison de ces modifications dans les deux mois suivant leur notification.

Le paiement de la nouvelle cotisation vaut acceptation des conditions modifiées.

Article 6. Les réclamations

Les éventuelles réclamations doivent être adressées à :

Par courrier : MERCER – Centre de gestion individuelle
164-174, rue Victor Hugo
92536 Levallois Perret Cedex
Par téléphone au 03 20 89 10 88
ou par mail à centre.levallouis@mercer.com

Par la suite, indépendamment de votre droit d'engager une action en justice, si une incompréhension subsiste, vous pouvez faire appel au Service Relations Clientèle en écrivant à l'adresse suivante :

AXA Santé et Collectives
Direction Relations Clientèle
TSA 46 307
95901 Cergy Pontoise cedex 9

en précisant le nom, le numéro de votre convention

d'assurance, ainsi que votre numéro d'adhésion. Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin ; un accusé réception vous sera adressé dans un délai de 10 jours et une réponse vous sera alors adressée dans un délai de 60 jours (sauf si la complexité nécessite un délai complémentaire).

Enfin, et dans la mesure où aucune solution n'a été trouvée, vous pourrez ensuite faire appel au **Médiateur de l'Assurance**, personnalité indépendante, en écrivant à l'adresse suivante – **La Médiation de l'Assurance TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09**, ou sur son site internet <http://www.mediation-assurance.org>. L'intervention du médiateur est gratuite.

Le Médiateur formulera un avis dans les 90 jours à compter de la date à laquelle il a notifié sa saisine. Son avis ne s'impose pas et vous laissera toute liberté pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.

Article 7. La prescription

Conformément aux dispositions de l'article L114-1 du Code des assurances, le délai de la prescription de toute action dérivant de votre adhésion est de deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

Conformément à l'article L114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription auxquelles l'article L. 114-2 du Code des assurances fait référence sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait qui interrompt le délai de prescription (Article 2240 du Code civil).
- la demande en justice, même en référé, qui interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou

Complémentaire Santé

lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (Article 2241 du Code civil).

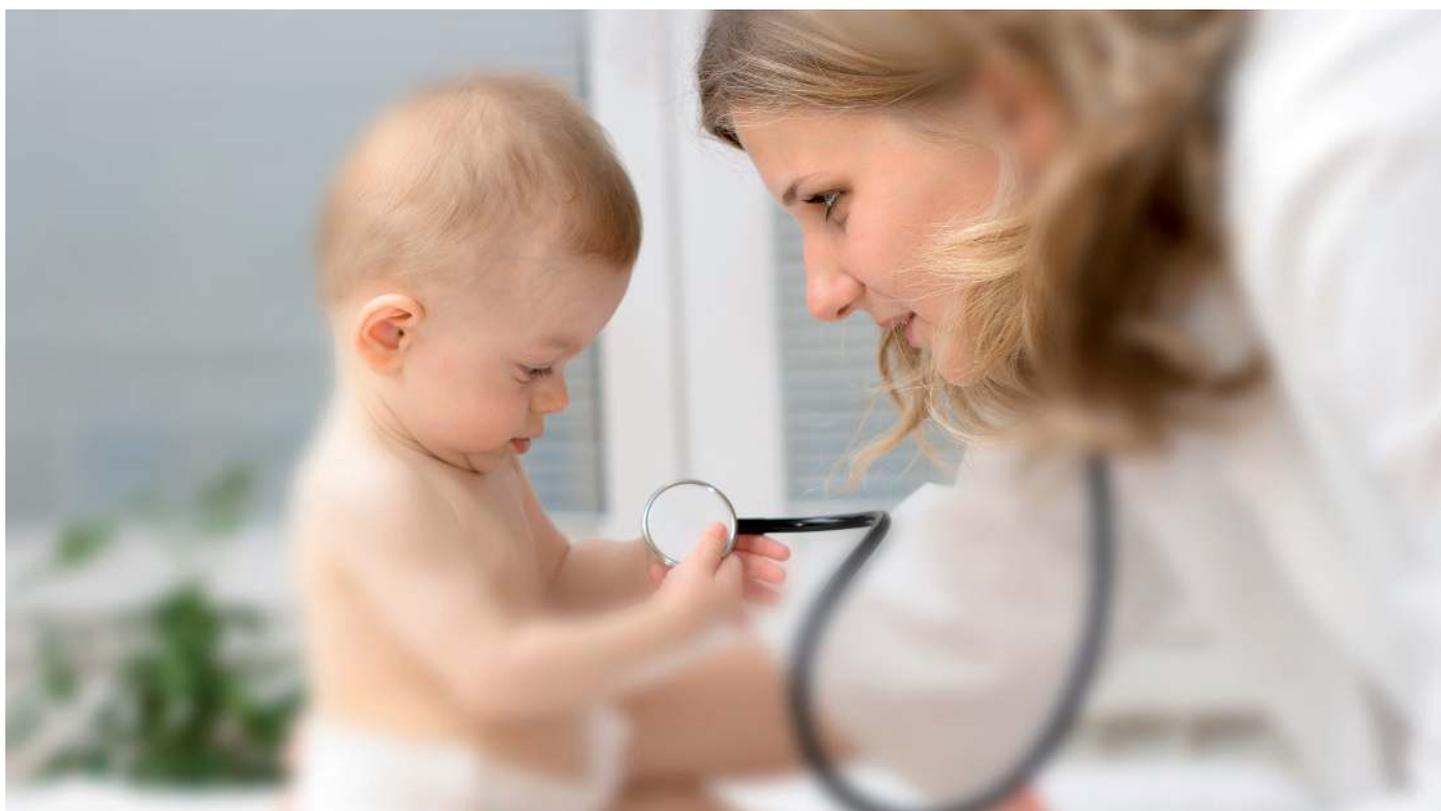
- l'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (Article 2242 du Code civil).
- l'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (Article 2243 du Code civil).
- le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (Article 2244 du Code civil).
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont

cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (Article 2245 du Code civil).

- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (Article 2246 du Code civil).
- Conformément à l'article L114-3 du Code des Assurances, par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Article 8. La législation relative au traitement des données à caractère personnel

Dans le cadre de votre relation avec une société du groupe AXA pour un contrat d'assurance, cette dernière va principalement utiliser vos données pour la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de celui-ci. Elle sera également susceptible de les utiliser (i) dans le cadre de contentieux, (ii) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, (iii) afin de se conformer à





Complémentaire Santé

une réglementation applicable, ou (iv) pour l'analyse de tout ou partie des données vous concernant collectées au sein du groupe AXA, éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis, afin d'améliorer nos produits (recherche et développement), évaluer votre situation ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser votre parcours en tant qu'assuré. Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat.

Vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales).

Elles seront uniquement communiquées aux sociétés du groupe AXA, intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Pour ceux de ces destinataires situés en dehors de l'Union Européenne, le transfert est limité (i) aux pays listés par la Commission Européenne comme protégeant suffisamment les données ou (ii) aux destinataires respectant soit les clauses contractuelles types proposées par la CNIL soit les règles internes d'entreprise du groupe AXA de protection des données (BCR). Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités de l'assureur.

Nous sommes légalement tenus de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrions ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre email si vous nous avez écrit un courrier électronique).

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat.

Vous pouvez écrire à notre délégué à la protection des données pour exercer vos droits par email (service.informationclient@axa.fr) ou par courrier (AXA France - Service Information Client - 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre cedex). En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

Pour plus d'informations, consultez www.axa.fr/donnees-personnelles.html.

Article 9. Les mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale

Le présent contrat sera sans effet et Axa ne sera pas tenu de payer une indemnité ou de fournir des garanties au titre du présent contrat dès lors que l'exécution du contrat exposerait Axa aux sanctions, interdictions ou aux restrictions résultant des résolutions des Nations Unies ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois ou règlements édictés par l'Union européenne, le Royaume Uni ou les Etats-Unis d'Amérique.

II - VOTRE ADHÉSION

Article 10. Groupe assurable

Pour bénéficier de nos garanties, vous devez répondre aux critères suivants :

- Etre présenté par le groupe MERCER ;
- Etre adhérent à l'association MUSTI et vous acquitter de la cotisation associative prévue par les statuts de l'association,
- Etre affilié, ainsi que vos ayants droit, à l'un des régimes de la Sécurité sociale acceptés : Régime général de la sécurité sociale (travailleurs salariés) et les régimes assimilés ; les Régimes des Travailleurs Non-Salariés ; le Régime local d'Alsace-Moselle ; le régime des salariés agricoles et des exploitants agricoles ;
- Exercer et résider en France métropolitaine ou DOM.

Lors de l'adhésion, dans le cas où plusieurs formules de garanties vous sont proposées, la formule de garantie retenue doit être identique pour tous les bénéficiaires. Les garanties souscrites, pour vous et les bénéficiaires que vous aurez désignés sont précisées sur votre certificat d'adhésion.

Dispositions particulières à la convention N°800973 (contrat Madelin)

Pour bénéficier du régime fiscal prévu par les articles 24 et 41 de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 dite loi Madelin, vous devez justifier que vous êtes à jour du paiement des cotisations au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse en produisant avec votre demande d'adhésion, une copie de votre carte d'assuré social en cours de validité ainsi que l'attestation délivrée par la Caisse d'assurance vieillesse chaque année.

En cas de déclaration inexacte ou de non-respect de cette obligation, votre adhésion est entachée de nullité et les peines sanctionnant cette infraction sont encourues (articles L 652-4 et R 652-1 du Code de la

Complémentaire Santé

Sécurité sociale).

10.1 Les formalités préalables

En vue de bénéficier de l'assurance, vous devez nous faire parvenir les pièces suivantes :

- la demande d'adhésion, que nous vous avons fournie, dûment complétée et signée,
- un mandat de prélèvement SEPA
- un RIB (relevé d'identité bancaire), RIP (relevé d'identité postale) ou RICE (relevé d'identité Caisse d'Épargne),
- votre attestation d'assuré social et celle de vos bénéficiaires,
- une copie de votre pièce d'identité en cours de validité, carte d'identité ou passeport (si l'adresse figurant sur cette pièce est différente de celle délivrée sur le bulletin d'adhésion, joindre un justificatif de moins de 3 mois),
- l'attestation délivrée par la Caisse d'assurance vieillesse pour toute adhésion dans le cadre de la loi Madelin (convention N°800973).

10.2 En cours d'adhésion

Vous devez nous fournir :

- pour tout nouveau bénéficiaire en cas de changement de situation de famille :
 - conjoint : une copie de l'acte de mariage ;
 - partenaire ou concubin tel que défini à l'article « Les bénéficiaires de la garantie » : selon le cas, une copie du Pacte civil de solidarité ou un justificatif de domicile commun,
 - enfant : une copie de l'acte de naissance ;
- pour tout nouveau bénéficiaire en cas d'évènement de la vie (départ à la retraite, perte d'emploi), le certificat de radiation du précédent contrat
- dans les plus brefs délais et avant soixante jours, les informations relatives aux changements de votre situation de famille.
- Dans les plus brefs délais et avant huit jours, l'attestation de tiers payant lorsque vous et vos ayants droit cessent d'être garantis.

Article 11. Date d'effet de votre adhésion et durée des garanties

11.1 Date d'effet de votre adhésion

Votre adhésion prend effet, sous réserve du paiement de votre première cotisation, à la date d'admission à l'assurance figurant sur votre certificat d'adhésion.

La date d'admission est fixée :

- au premier jour du mois en cours pour toute adhésion reçue entre le 1er et le 15 du mois,

- au premier jour du mois qui suit la date de réception pour toute adhésion reçue entre le 16 et le 31 du mois.

11.2 Le début de vos garanties

Vos garanties prennent effet à la date de votre adhésion pour vous-même et vos ayants droit désignés sur votre bulletin d'adhésion.

Lorsque vos ayants droit sont affiliés postérieurement à votre adhésion, la prise d'effet de leurs garanties est définie à l'article « Les bénéficiaires de la garantie ».

Nous remboursons les soins dont la date de réalisation, figurant sur le décompte du régime obligatoire ou la facture du praticien le cas échéant, est comprise entre le début et la fin de la garantie.

11.3 La fin de vos garanties

Les garanties prennent fin, pour vous-même et vos ayants droit :

- au 31 décembre de l'exercice d'assurance au cours duquel vous ne répondez plus aux conditions d'admission dans le groupe assurable,
- au 31 décembre de l'exercice d'assurance au cours duquel intervient la demande de résiliation de votre adhésion, sous réserve que vous l'ayez notifiée au Centre de gestion par lettre recommandée au moins deux mois avant la date précitée. Toutefois, vous avez la possibilité de résilier votre adhésion dès que vous adhérerez à un régime complémentaire obligatoire d'entreprise ou dès que vous ne remplirez plus l'une des conditions d'adhésion, sous réserve d'en apporter la preuve. La résiliation sera effective au dernier jour du mois au cours duquel nous en aurons eu connaissance,
- en cas de cessation du paiement des cotisations, selon les modalités de l'article «les cotisations ».

La cessation des garanties pour vous entraîne celle de vos ayants droit, sauf pour votre conjoint survivant et ses enfants – tels que définis à l'article « Les bénéficiaires de la garantie ». En effet, lorsque la cessation des garanties est consécutive à votre décès et sous réserve que votre conjoint survivant acquitte normalement les cotisations correspondant aux garanties dont il bénéficie, celles-ci lui sont maintenues.

Une fois admis à la convention d'assurance, vous ne pouvez être exclu contre votre gré tant que vous faites partie du groupe assurable, sauf en cas de réticence, d'omission, de déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi, et à la condition que la cotisation ait été payée.



Complémentaire Santé

Article 12. Les cotisations

12.1 Le montant des cotisations

Le montant de la cotisation due pour vous et pour chaque bénéficiaire de la garantie est fixé annuellement et est exprimé en euros.

Le montant de la cotisation est déterminé en fonction de la formule choisie, de votre âge et celui de vos bénéficiaires l'année d'échéance. L'âge est déterminé au 1^{er} janvier de l'année par différence de millésime.

Les bénéficiaires à la convention d'assurance doivent être désignés par l'adhérent sur son bulletin d'adhésion et la cotisation correspondante doit être payée.

Vos cotisations sont réajustées à compter du 1^{er} janvier en fonction de votre année de naissance et de celle de vos bénéficiaires.

Le tarif enfant est applicable jusqu'au 31 décembre de l'année au cours de laquelle, il atteint son 18^{ème} anniversaire. Au-delà, le tarif adulte est appliqué. Aucune cotisation n'est due pour le 3^{ème} enfant et les suivants bénéficiant d'un tarif enfant, dans la même limite d'âge. Au-delà, le tarif adulte est appliqué.

Tous impôts, contributions et taxes, auxquels la convention d'assurance est ou sera assujettie, sont à votre charge et sont inclus dans la cotisation.

La première année, la cotisation est appliquée au prorata temporis entre la date d'effet de l'adhésion et le 31 décembre de l'exercice.

12.2 L'indexation annuelle des cotisations

Nous mettons en place une indexation annuelle de votre cotisation à compter du 1^{er} janvier de chaque année. Cette indexation majore votre taux de cotisation de l'évolution de la consommation des services et biens médicaux (CSBM).

L'évolution de la consommation de services et biens médicaux retenue est la moyenne des deux derniers taux d'évolution de la consommation de services et biens médicaux (CSBM) tels que recensés dans le rapport annuel des Comptes Nationaux de la Santé.

Les cotisations pourront aussi évoluer, compte tenu de la révision prévue ci-dessous.

12.3 Révision des cotisations

Les cotisations peuvent être révisées annuellement en fonction des résultats techniques de la convention d'assurance. Les nouvelles cotisations qui en résultent sont applicables dès l'échéance mensuelle qui suit la date de mise en vigueur du nouveau tarif.

Vous en êtes informés par l'envoi de votre avis d'échéance ou de l'avis de prélèvement.

12.4 Règlement des cotisations

La cotisation est perçue d'avance par acomptes

mensuels par prélèvement automatique.

12.5 Défaut de paiement des cotisations

Le paiement de vos cotisations doit être effectué dans les dix jours suivant leur échéance, l'adhésion restant en vigueur pendant ce délai.

En cas de non-paiement de la cotisation complète à l'expiration du délai de dix jours indiqué à l'alinéa précédent, nous vous adressons une mise en demeure par lettre recommandée. En cas de non-paiement dans un délai de trente jours à compter de cette mise en demeure, votre adhésion est suspendue conformément à l'article L 113-3 du Code des assurances.

L'adhésion est résiliée à défaut de paiement de la totalité de la cotisation dans les dix jours qui suivent le délai de trente jours précité, soit quarante jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure.

Pour éviter la résiliation de votre adhésion, le règlement complet de la cotisation doit être envoyé au Centre de gestion avant l'expiration d'un délai de quarante jours.

De plus, conformément aux dispositions de l'article L 141-3 du Code des assurances, le souscripteur peut exclure un adhérent du bénéfice de la convention, s'il cesse d'acquiescer sa cotisation ou si le lien qui les unit est rompu. Votre adhésion sera résiliée au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi, dix jours après la date d'échéance du paiement des cotisations, d'une lettre de mise en demeure.

III - VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

Lorsqu'un bénéficiaire engage des dépenses de santé pour cause de maladie, de maternité ou d'accident, la garantie prévoit le versement des prestations définies au certificat d'adhésion et dans la présente notice (Titre : Votre garantie frais de Santé). Ces prestations s'ajoutent aux remboursements du Régime Obligatoire et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés.

Les remboursements frais de santé ont un caractère indemnitaire. Nous pouvons donc exercer toute action contre les tiers responsables des frais exposés par le bénéficiaire pour recouvrer les sommes que nous avons engagées (article L 131-2 du Code des assurances).

Pour vous accompagner au quotidien, votre garantie prévoit également des services d'assistance.

Article 13. Les bénéficiaires de la garantie

En tant qu'adhérent, vous êtes bénéficiaire de la garantie. Vos ayants droit peuvent aussi bénéficier de la garantie. Pour cela, ils doivent être désignés sur votre

Complémentaire Santé

certificat d'adhésion et la cotisation correspondante doit être payée. Vos ayants droit sont définis ci-après :

- votre conjoint non divorcé ni séparé judiciairement et bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale, est assimilé à votre conjoint, dans le cas où votre situation ne correspond pas à celle décrite ci-dessus, votre partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou, à défaut, votre concubin, s'il bénéficie d'un régime de Sécurité sociale. Selon le cas, une copie du Pacte civil de solidarité ou un justificatif de domicile commun devra nous être communiqué. Le concubin doit répondre à la définition de l'article L 515-8 du Code civil ; il ne doit être ni marié, ni lié par un Pacte civil de solidarité à un tiers.
- vos enfants et ceux de votre conjoint :
 - jusqu'à leur 18^{ème} anniversaire, s'ils sont à votre charge (ou à celle de votre conjoint) au sens de la Sécurité sociale,
 - jusqu'à leur 28^{ème} anniversaire, s'ils remplissent une des conditions suivantes :
 - > ils sont affiliés au régime de la Sécurité sociale des étudiants,
 - > ils suivent des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance,
 - > ils sont à la recherche d'un premier emploi, inscrits au Pôle Emploi et ont terminé leurs études depuis moins de 6 mois. Les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi,
 - quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21^{ème} anniversaire.

En cas de changement de situation de famille, les dispositions suivantes sont appliquées :

- en cas de mariage ou en cas de pacte civil de solidarité, le conjoint ou le partenaire a la faculté d'adhérer à la convention d'assurance ;
- en cas de concubinage, le concubin a la faculté d'adhérer à la convention d'assurance.

L'adhésion d'un ayant droit en cours d'adhésion prend effet :

- Soit, le 1er jour du mois en cours si le dossier est réceptionné avant le 15 du mois. Dans le cas contraire, l'adhésion prendra effet le 1er du mois suivant ;
 - Soit, à une date ultérieure indiquée par l'adhérent dans le bulletin d'adhésion, étant précisé que cette date doit être impérativement le 1er jour d'un mois civil.
- Toutefois, les garanties sont acquises dès la date

de naissance de l'enfant de l'assuré ou dès la date d'adoption d'un enfant mineur si la notification est effectuée dans les 60 jours qui suivent l'évènement. Dans le cas contraire, les garanties prennent effet suivant les conditions énumérées ci-dessus.

Dans chacun de ces cas, il n'y aura pas d'adhésion rétroactive sauf en cas de naissance d'un enfant selon les modalités décrites ci-dessus.

Article 14. Choix et modification du niveau de garantie

Lorsque vous avez bénéficié des niveaux de garanties précédemment choisis pendant au moins deux années civiles, vous avez la possibilité de modifier la formule retenue lors de votre adhésion au 1er janvier de chaque année sous réserve que celle-ci reste identique pour tous les bénéficiaires. La demande de changement doit être faite par écrit, au plus tard, deux mois avant le 1er janvier de l'année au cours de laquelle les modifications sont envisagées.

Le changement pour une formule inférieure

Toute modification doit être faite pour un minimum de deux années consécutives.

Le changement pour une formule supérieure

La demande peut être faite au plus tard jusqu'au 70ème anniversaire de l'adhérent.

Toute modification doit être faite pour un minimum de deux années consécutives et pour la formule immédiatement supérieure.

Cas particulier

Vous pouvez aussi modifier vos garanties, pour une formule immédiatement supérieure, en cours d'adhésion, y compris après l'âge de 70 ans, à l'occasion d'un changement de votre situation de famille (dans les conditions prévues à l'article « les bénéficiaires de la garantie »), sous réserve de nous en faire la demande dans les 90 jours qui suivent la nouvelle situation.

La modification de garantie de votre adhésion intervient à effet de la date de changement de votre situation de famille.

Article 15. Vos remboursements de frais de santé

15.1 Contrat « responsable »

Les conventions n° 800973 et n° 800974 sont émises dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables », conformément aux articles L 871-1 et L 322-2 du Code de la Sécurité sociale et à leurs décrets d'application. En conséquence :



Complémentaire Santé

- Elle prend en charge :
 - l'intégralité de la participation de l'adhérent sur les tarifs de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé, et éventuellement pour les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré, ainsi que pour l'homéopathie,
 - les équipements d'optique médicale dans la double limite des minima et maxima fixés par décret,
 - au moins deux prestations de prévention,
 - l'intégralité du forfait journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée
- Elle ne prend pas en charge :
 - les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au DPTAM (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) au-delà de la limite fixée par décret,
 - la majoration de la participation de l'adhérent et les dépassements autorisés d'honoraires pour non-respect du parcours de soins ou refus d'accès au dossier médical, ni les participations forfaitaires (sauf celles prévues légalement sur certains actes (actes lourds)).

et de manière générale, il respecte les obligations et interdictions de prise en charge définies dans ce cadre législatif et réglementaire. Les garanties de la convention sont automatiquement adaptées en cas de modifications de celles-ci.

15.2 Les frais que nous prenons en charge

Nous vous remboursons, en fonction des montants et limites décrits dans votre certificat d'adhésion, les frais engagés par les bénéficiaires, s'ils font l'objet d'une prescription médicale. Ces frais doivent avoir donné lieu à un remboursement de votre régime obligatoire.

Toutefois, certains frais n'ayant pas donné lieu à un remboursement de votre régime obligatoire peuvent ouvrir droit à prestation lorsque la mention en est expressément faite dans votre tableau de garanties.

Nous ne prenons pas en charge les frais ayant fait l'objet d'un refus administratif de la Sécurité sociale.

Nous ne prenons pas en charge les séjours et frais relatifs :

- aux établissements et services sociaux, médico-sociaux, médico-pédagogiques,
- aux établissements ou unités de longs séjours ;
- aux établissements ou unités pour personnes âgées.

Les dépassements d'honoraires ou frais excédant les bases de remboursement de la Sécurité sociale sont pris en charge s'ils figurent sur le décompte de cette dernière, sauf s'ils concernent des interdictions de prise en charge du « contrat responsable ».

Si vous consultez un médecin non conventionné avec la Sécurité sociale, nous appliquons la garantie sur la base du tarif d'autorité.

Vous bénéficiez du tiers payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité pour les professionnels de santé qui le pratiquent.

Nous prenons en charge les frais réalisés entre la date de début et la date de fin de garantie.

Article 16. Les montants des garanties

Les remboursements présentés comprennent ceux du régime obligatoire et de tout autre organisme, sauf mention contraire, que ce soit en secteur conventionné ou non conventionné. Ils doivent avoir fait l'objet d'une prescription médicale.

Les garanties de la présente convention s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif des contrats responsables visés à l'article L1871-1 du Code de la Sécurité sociale dits « contrats responsables ». De ce fait, le remboursement ne pourra être inférieur au ticket modérateur pour les actes visés à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Le cumul de nos prestations, des remboursements du régime obligatoire et de tout autre organisme ne peut dépasser le montant des frais réels engagés.

Les remboursements exprimés en pourcentage de la Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) incluent la prise en charge du régime obligatoire. Sauf mention contraire, les remboursements exprimés en euros interviennent en complément du régime obligatoire.

Quelques définitions :

- DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée
- BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale
- BRR : Base de remboursement reconstitués
- TM : Ticket modérateur = Base de remboursement (BR) moins le montant remboursé par la Sécurité Sociale, avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux
- Tiers payant : disposition vous permettant de bénéficier, ainsi que vos ayants droit, du mécanisme de tiers payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité pour les professionnels de santé qui le pratiquent.

Complémentaire Santé

| NATURE DES SOINS (Montant des prestations y compris ceux de la Sécurité sociale et de tout autre organisme) | Formule 1 | Formule 2 | Formule 3 |
|---|-----------|------------|------------|
| LA MÉDECINE COURANTE | | | |
| • pour les médecins adhérents au DPTAM : | | | |
| - les consultations, visites généralistes et spécialistes | 145 % BR | 220 % BR | 300 % BR |
| - les actes techniques médicaux et les actes de chirurgie | 145 % BR | 220 % BR | 300 % BR |
| - les actes d'imagerie, échographie et doppler | 145 % BR | 220 % BR | 300 % BR |
| • pour les médecins non adhérents au DPTAM : | | | |
| - les consultations, visites généralistes et spécialistes | 125 % BR | 200 % BR | 200 % BR |
| - les actes techniques médicaux et les actes de chirurgie | 125 % BR | 200 % BR | 200 % BR |
| - les actes d'imagerie, échographie et doppler | 125 % BR | 200 % BR | 200 % BR |
| • Les actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : | | | |
| - les infirmiers, les kinésithérapeutes, | 125 % BR | 200 % BR | 300 % BR |
| - les orthophonistes, les orthoptistes,... | 125 % BR | 200 % BR | 300 % BR |
| • les examens médicaux : | | | |
| - les analyses biologiques | 125 % BR | 200 % BR | 300 % BR |
| LA MÉDECINE ALTERNATIVE | | | |
| - les séances d'ostéopathie, de chiropraxie, d'étiopathie ou d'acupuncture (1), | | | |
| - les consultations prescrites par un médecin chez un diététicien | | | |
| - les consultations de podologie et de pédicurie | | | |
| dans la limite globale annuelle de 4 séances par bénéficiaire pour l'ensemble des praticiens et d'un forfait par séance de | 25 € | 30 € | 35 € |
| <small>(1) Les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession. Les étiopathes doivent être inscrits au registre national des étiopathes. Les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union européenne de Chiropraticiens ou par un institut en France agréé par l'Union Européenne de Chiropraticiens et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC). Les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.</small> | | | |
| LA PRÉVENTION | | | |
| • les vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin dans les conditions prévues par leur autorisation de mise sur le marché, dans la limite annuelle et par bénéficiaire de | 30 € | 40 € | 80 € |
| • le dépistage de l'hépatite B | 125 % BR | 200 % BR | 300 % BR |
| • un détartrage annuel complet sus et sous gingival , effectué en deux séances maximum | | | |
| - par un stomatologue adhérent au DPTAM ou un dentiste | 100 % BR | 170 % BR | 270 % BR |
| - par un stomatologue non adhérent au DPTAM | 100 % BR | 150 % BR | 200 % BR |
| • les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) dans la limite annuelle, par bénéficiaire de | 30 € | 40 € | 80 € |
| • ostéodensotométrie remboursée par la Sécurité sociale | 125 % BR | 200 % BR | 300 % BR |
| LES FRAIS DE TRANSPORT | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR |
| LA PHARMACIE | | | |
| • les médicaments pris en charge par la Sécurité sociale | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR |
| • les médicaments non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin dans la limite annuelle, par bénéficiaire, de : | 30 € | 40 € | 50 € |
| LE DENTAIRE | | | |
| • Plafond par année civile et par bénéficiaire pour l'ensemble des garanties dentaires | 1 000 € | 1 800 € | 3 000 € |
| <small>Pour les garanties prises en charge par la Sécurité sociale, au-delà du plafond, le niveau des prestations est égal à 100% du TM (soit 100% BR y compris les remboursements de la Sécurité sociale).</small> | | | |
| • Les consultations et soins dentaires (y compris l'endodontie, les actes de prophylaxie et de prévention), la radiologie, la chirurgie, la parodontologie pris en charge par la Sécurité sociale et les Inlays/Onlays d'obturation | | | |
| - par un stomatologue adhérent au DPTAM ou un dentiste | 100 % BR | 170 % BR | 270 % BR |
| - par un stomatologue non adhérent au DPTAM | 100 % BR | 150 % BR | 200 % BR |
| • les prothèses et appareils amovibles (y compris appareils provisoires et réparations, les couronnes sur implants) remboursés par la Sécurité sociale et les inlays core | 180 % BR | 330 % BR | 430 % BR |
| • Les frais d'orthopédie dento-faciale (orthodontie) pris en charge par la Sécurité sociale (enfant de moins de 16 ans) | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR |
| • Les actes suivants de parodontologie non remboursés par la sécurité sociale : | | | |
| - Curetage / surfaçage, greffe gingivale, lambeau, dans la limite annuelle, par bénéficiaire | - | 120 € / an | 180 € / an |
| • Les implants dentaires non pris en charge par la Sécurité sociale : | | | |
| ▶ Pose de l'implant (phase opératoire), dans la limite de 3 actes par an et par bénéficiaire et de | - | 133 € | 214 € |
| ▶ Faux moignon implantaire, dans la limite de 3 actes par an et par bénéficiaire et de | - | 40 € | 64 € |
| • Les prothèses fixes non prises en charge par la Sécurité sociale (Piliers de bridge sur dent saines, élément supplémentaire de bridge, prothèses fixes unitaires sur dent saine) dans la limite de 3 par an et par bénéficiaire | - | 100 € | 160 € |



Complémentaire Santé

| NATURE DES SOINS (Montant des prestations y compris ceux de la Sécurité sociale et de tout autre organisme) | Formule 1 | Formule 2 | Formule 3 |
|--|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| L'OPTIQUE | | | |
| • Equipement (2 verres + monture) | | | |
| - Année 1 | 200 € | 290 € | 380 € |
| - Année 2 | 210 € | 304 € | 399 € |
| - Année 3 | 220 € | 319 € | 415 € |
| - Année 4 | 231 € | 335 € | 440 € |
| - A partir de la 5ème année | 243 € | 352 € | 462 € |
| Le montant de la monture est plafonné à | 150 € | 150 € | 150 € |
| <p>Verres simples : verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries Verres complexes : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs Verres très complexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries Régime Alsace Moselle : la monture est plafonnée à 140€ et l'équipement (2 verres simples + monture) est plafonné à 451 € Pour un équipement dont les verres relèvent de deux classes différentes, la garantie applicable est la moyenne des garanties de chaque classe. Quel que soit le type de verres, nous limitons notre prise en charge, à compter de la date d'adhésion au contrat du bénéficiaire, à 1 monture et 2 verres tous les 2 ans (tous les ans pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue : la modification de correction doit être justifiée par la fourniture d'une nouvelle prescription médicale ou d'un justificatif de l'opticien).</p> | | | |
| • Les implants intraoculaires multifocaux posés à l'occasion de l'opération de la cataracte (pour un implant la garantie est réduite de moitié) | 240 € | 350 € | 460 € |
| • Les lentilles de contact correctrices prises en charge ou non par la Sécurité sociale (remboursement limité par année civile et par bénéficiaire) Le remboursement des lentilles prises en charge par la Sécurité Sociale est au minimum de 100 % du ticket modérateur | 30 € | 45 € | 75 € |
| • L' opération de la myopie ou de l'hypermétropie par laser (par œil et par bénéficiaire) | 60 € | 120 € | 190 € |
| L'AUDITIF | | | |
| • Les prothèses auditives | 100 % BR + forfait de 100 € | 150 % BR + forfait de 150 € | 200 % BR + forfait de 250 € |
| Garantie correspondant à l'appareillage d'une oreille, dans la limite d'un équipement stéréophonique (deux oreilles) tous les quatre ans par bénéficiaire. La garantie est au minimum de 100% du TM (Ticket Modérateur), même lorsque la limitation s'applique. | | | |
| LES APPAREILLAGES ET PROTHÈSES DIVERS | | | |
| • Hors prothèses dentaires et auditives | 100 % BR | 200 % BR | 300 % BR |
| L'HOSPITALISATION | | | |
| • les frais de séjour (établissement public ou privé) | | | |
| En secteur conventionné | | | |
| - l'hospitalisation médicale | 480 % BR | 480 % BR | 480 % BR |
| - l'hospitalisation chirurgicale | 480 % BR | 480 % BR | 480 % BR |
| En secteur non conventionné | | | |
| - l'hospitalisation médicale | 100 % BRR | 480 % BRR | 480 % BRR |
| - l'hospitalisation chirurgicale | 100 % BRR | 480 % BRR | 480 % BRR |
| • les honoraires médicaux et chirurgicaux des médecins adhérents au DPTAM | 480 % BR | 480 % BR | 480 % BR |
| • les honoraires médicaux et chirurgicaux des médecins non adhérents au DPTAM | 200 % BR | 200 % BR | 200 % BR |
| • le forfait journalier | 100 % Forfait | 100 % Forfait | 100 % Forfait |
| • la chambre particulière (par jour) | 30 € | 45 € | 60 € |
| • le lit d'accompagnant d'un adulte (par jour - remboursement limité à 10 jours par année civile et par bénéficiaire) | 30 € | 45 € | 60 € |
| <p>Nous prenons en charge les frais, exposés en établissement public ou privé, liés à une hospitalisation médicale ou chirurgicale ayant donné lieu à une intervention de la sécurité sociale. Les frais exposés pour un traitement ou une surveillance particulière dans le cadre de l'hospitalisation à domicile sont également pris en charge. L'indemnisation : • des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre de séjours pris en charge par la Sécurité sociale et consécutifs à une hospitalisation, • des frais exposés en établissement privé pour maladie nerveuse ou mentale est limitée à 30 jours par année civile et par bénéficiaire. Au-delà des 30 jours, la garantie est limitée au ticket modérateur. Cette limitation à 30 jours ne s'applique pas au forfait journalier. Les frais d'hospitalisation liés à un accouchement sont pris en charge à partir du 6e jour d'hospitalisation. En cas de césarienne, les frais (y compris les dépassements d'honoraires) sont pris en charge dès le premier jour au titre de l'hospitalisation.</p> | | | |
| LES CURES THERMALES | | | |
| • Les frais médicaux, les frais de séjour et les frais de transport par an et par bénéficiaire | 100 % BR + forfait de 100 € | 100 % BR + forfait de 200 € | 100 % BR + forfait de 300 € |
| La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au DPTAM est limitée à 100% BR. | | | |
| ASSISTANCE | OUI | OUI | OUI |

Complémentaire Santé

Article 17. La téléconsultation

Préambule

La « Téléconsultation » est une garantie de consultation médicale à distance dont la mise en œuvre est confiée à AXA Assistance (6 rue André Gide -92320 Châtillon, - 311 338 339 RCS Nanterre).

Cette activité d'AXA Assistance est officiellement enregistrée, conformément au décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télé-médecine, et s'exerce sur la base d'un contrat conclu avec l'Agence régionale de Santé (ARS) compétente, et soumis à l'Ordre des Médecins. Le non-renouvellement par l'ARS de ce contrat constituerait un cas de force majeure entraînant la cessation du service Téléconsultation sans préavis et sans que l'ensemble des autres dispositions de votre contrat soient modifiées. De plus, dans l'éventualité où AXA Assistance serait contraint de cesser ce service, nous ne manquerions pas de vous en informer.

La cotisation correspondant à cette garantie est incluse dans le taux de cotisation du contrat, le service correspondant est compris dans les charges des prestations.

17.1 Définitions

Equipe Médicale ou Equipe de Médecins : Médecin ou Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat (IDE) salariés d'AXA Assistance

Médecin : Médecin généraliste

Téléconsultation : consultation médicale par téléphone et de manière complémentaire par vidéoconférence

17.2 Objet

La présente annexe a pour objet de définir les conditions et modalités de mise en œuvre de la téléconsultation pour les bénéficiaires du présent contrat.

La téléconsultation est accessible par le biais de la plateforme téléphonique d'AXA Assistance composée d'Infirmier(e)s Diplômé(e)s d'Etat (IDE) et de Médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins. Les IDE et les Médecins sont soumis au secret médical.

17.3 Mise en œuvre du service

AXA assistance répond **24 heures sur 24, 7 jours sur 7**, aux appels téléphoniques qu'elle réceptionne.

La téléconsultation telle que décrite ci-après fonctionne à l'identique pour vous et chacun de vos bénéficiaires. Il est cependant précisé que lorsqu'il s'agit d'une téléconsultation pour un enfant mineur ou pour un majeur sous tutelle bénéficiaire du contrat, l'appel doit être effectué par le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur.

Les réponses apportées, fonction de votre besoin ou de celui de votre bénéficiaire, peuvent être de trois types :

- Téléconsultation

- Information générale de santé
- Orientation

Téléconsultation par AXA Assistance

En cas d'absence ou d'indisponibilité de votre médecin traitant et **en dehors de toute urgence**, vous ou l'un de vos bénéficiaires pouvez contacter les services d'AXA Assistance, afin de bénéficier d'une Téléconsultation.

L'équipe de Médecins est joignable 24h/24 et 7j/7 pour vous délivrer une Téléconsultation dans le respect des dispositions légales concernant le secret médical. Nous mettons à votre disposition ce service **que vous soyez en France ou partout dans le monde**.

Pour nous appeler, munissez-vous de votre attestation de tiers payant afin de permettre votre identification, et composez le numéro de téléphone direct :

01 55 92 27 54
(appel non surtaxé)

Ce numéro est strictement réservé à la téléconsultation et ne permettra pas par conséquent de répondre à d'autres demandes.

Un(e) infirmier(e) diplômé(e) d'état (IDE) réceptionnera votre appel. Après vous avoir informé des modalités de fourniture du service de Téléconsultation et avoir recueilli votre consentement, l'IDE enregistrera votre demande et vous mettra en relation avec un Médecin d'AXA Assistance qui procédera à une consultation de médecine générale par téléphone.

La vidéoconférence permet de compléter la communication téléphonique par une communication visuelle. Les images de la vidéoconférence ne seront pas utilisées à des fins de diagnostic. Vous aurez la possibilité d'adresser au Médecin durant la Téléconsultation des documents (photos, analyses biologiques) qui pourront compléter les informations que vous aurez communiquées oralement. Le Médecin pourra éventuellement utiliser ces documents pour appuyer son diagnostic.

A l'issue de la Téléconsultation, le Médecin d'AXA Assistance vous apportera une réponse médicale adaptée à votre situation pathologique. Cette réponse pourra prendre la forme suivante :

- Conseil
- Orientation vers votre médecin traitant
- Orientation vers un des seuls spécialistes suivants, dans le respect du parcours de soins :
 - un gynécologue,
 - un ophtalmologue,
 - un psychiatre ou un neuropsychiatre si vous avez



Complémentaire Santé

- entre 16 et 25 ans,
- un stomatologue,
- Prescription écrite médicamenteuse
- Prescription écrite d'examens complémentaires ou prescription écrite d'examens complémentaires si vous êtes situé dans un pays de l'Union Européenne

Le Médecin d'AXA Assistance est seul décisionnaire de la suite à donner à l'issue de la Téléconsultation.

Dans le cas où L'Equipe Médicale d'AXA Assistance identifierait une urgence médicale, vous serez réorienté immédiatement vers les services d'urgence.

Suite à la Téléconsultation et avec votre autorisation, un compte-rendu de consultation pourra être adressé à votre médecin traitant, si le Médecin d'AXA Assistance estime qu'il y a un intérêt médical à cette transmission.

Attention : Dans certains cas, un examen physique peut être nécessaire pour établir un diagnostic. Le cas échéant, le médecin d'AXA Assistance vous réorientera vers votre médecin traitant ou vous indiquera une liste de médecins près de votre lieu de déplacement.

La téléconsultation telle que décrite ci-dessus fonctionne à l'identique pour chacun de vos bénéficiaires.

Il est cependant précisé que lorsqu'il s'agit d'une téléconsultation pour un enfant mineur ou pour un majeur sous tutelle bénéficiaire du contrat, l'appel doit être effectué par le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur.

Le service de téléconsultation est limité à 12 appels par an et par bénéficiaire.

Information

A votre demande ou celle de votre bénéficiaire, l'Equipe Médicale d'AXA Assistance peut communiquer des informations, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. Elle donne tout renseignement d'ordre général.

L'intervention de l'Equipe Médicale d'AXA Assistance se limite à donner des informations objectives. L'objet du service n'est en aucun cas de favoriser une automédication.

Orientation

A votre demande ou à celle de votre bénéficiaire, l'Equipe Médicale d'AXA Assistance peut vous orienter, vous ou votre bénéficiaire, vers un choix de médecins spécialistes et/ou d'établissements de santé dans le respect du principe de libre choix. Elle vous indiquera également la démarche à suivre pour récupérer les médicaments auprès de la pharmacie de votre choix

partout en Europe.

17.4 Responsabilité

Responsabilité d'AXA Assistance

Les obligations souscrites par AXA Assistance pour la mise en œuvre de la téléconsultation aux termes des présentes sont constitutives d'obligations de moyens.

Dans ce cadre, AXA Assistance ne saurait notamment être tenu pour responsable des interruptions de service et/ou dommages résultant :

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

Responsabilité du bénéficiaire

Le bénéficiaire est responsable de l'exactitude et de l'actualisation des renseignements demandés lors de la Téléconsultation pour permettre à AXA Assistance d'assurer dans de bonnes conditions ses engagements.

17.5 Informatiques et Libertés

Ce service a été autorisé par la CNIL et respecte toutes ses recommandations en matière de sécurisation et de confidentialité des données (authentification, circulation et hébergement), les données de santé à caractère personnel sont stockées en France chez un hébergeur agréé.

Conformément à l'article 32 de la loi 78-17 du 6 Janvier 1978, AXA Assistance vous informe en sa qualité de responsable de traitement que :

- les réponses aux questions qui vous sont posées lors de votre appel par leur Equipe Médicale, après obtention de votre accord pour la collecte de vos données de santé, sont nécessaires au traitement de votre dossier,
- la finalité du traitement est la Téléconsultation,
- les destinataires des données vous concernant sont les Médecins et IDE d'AXA Assistance, les pharmacies, et avec votre accord votre médecin traitant et l'hébergeur de données de santé agréé.

Vous disposez, conformément à la réglementation en vigueur d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression aux informations vous concernant.

Vous pouvez vous adresser par courrier à :

AXA Assistance France
Service Juridique
6 rue André Gide – 92320 Châtillon

Complémentaire Santé

17.6 Réclamation et Différends

Traitement des réclamations

AXA Assistance veille à vous offrir un service de qualité. Si, après avoir contacté AXA Assistance par téléphone, une incompréhension subsiste, vous pouvez écrire à la Direction Médicale d'AXA Assistance sous pli confidentiel au 6 rue André Gide – 92320 Châtillon. Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin : une réponse vous sera alors adressée dans les meilleurs délais.

Différends

Tous les litiges auxquels la présente annexe pourrait donner lieu, concernant tant sa validité, son interprétation, son exécution, ses conséquences et leurs suites seront soumis aux tribunaux compétents dans les conditions de droit commun.

17.7 Exclusions

Sont exclus de la Téléconsultation :

- les Téléconsultations lorsque l'Equipe Médicale d'AXA Assistance identifie une urgence médicale,
- les demandes de Téléconsultations avec un médecin autre qu'un Médecin généraliste,
- les prescriptions pour un renouvellement de traitement dans le cas de pathologies chroniques,
- les prescriptions d'arrêt de travail,
- les certificats médicaux.





Complémentaire Santé

IV - LES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Préambule

En complément des conventions d'assurance Frais de santé n° 800973 et n° 800974, l'Association MUSTI, association régie par la loi du 1er juillet 1901, dont le siège social est situé, Tour Ariane, 5, place de la Pyramide – 92800 Puteaux, vous permet de bénéficier de garanties d'assistance santé à Domicile.

Ces garanties consistent à faciliter le retour à votre Domicile à la suite d'une Hospitalisation, à permettre votre maintien à Domicile à la suite d'une Immobilisation consécutive à une Atteinte corporelle grave.

Pour vous faire bénéficier de ces garanties, l'Association MUSTI, a souscrit un contrat d'assurance n° 5004959 pour compte auprès d'AXA ASSISTANCE FRANCE ASSURANCES, société anonyme au capital de 51 275 660 euros, entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés des Nanterre sous le numéro 451 392 724 et dont le siège social est situé 6, rue André Gide – 92320 Châtillon, ci-après désignée AXA Assistance.

Article 18. Modalité de Déclaration des sinistres

Pour les garanties d'assistance

Pour bénéficier des garanties du présent Contrat, Vous devez appeler au numéro de téléphone suivant, disponible toute l'année 7j sur 7 et 24h sur 24 :

+33 (0) 1 70 95 94 65

(Numéro non surtaxé ; le coût de l'appel est à la charge de l'Assuré).

Seules les prestations d'assistance avancées par l'Assuré avec l'accord préalable d'AXA Assistance peuvent lui être remboursées, en envoyant les justificatifs originaux et le numéro de dossier correspondant :

AXA Assistance
Service Gestion des Règlements
6, rue André Gide
92320 Châtillon

Article 19. Définitions

Dans la présente notice d'information, les mots ou expressions commençant par une majuscule auront la signification qui suit :

Assuré(s)/Vous

Désigne tout Collaborateur bénéficiaire des contrats Frais de santé n° 800973 ou n° 800974 souscrits par nos soins.

La définition des Assurés est étendue à :

Leurs conjoints : l'époux ou l'épouse du Collaborateur non divorcé ni séparé judiciairement et bénéficiant d'un régime de sécurité sociale. Est assimilé au conjoint, dans le cas où la situation de l'ayant droit ne correspond pas à celle décrite ci-dessus, son partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité ou, à défaut, son concubin, s'il bénéficie d'un régime de sécurité sociale. Selon les cas, une copie du PACS ou un justificatif de domicile commun devra nous être communiqué.

Leurs enfants et ceux de leurs conjoints :

- S'ils sont âgés de moins de 28 ans et s'ils remplissent une des conditions suivantes :
 - être affilié au régime de la sécurité sociale des étudiants,
 - suivre des études secondaires ou supérieures ou une formation en alternance,
 - être à la recherche d'un premier emploi inscrit à Pole Emploi et ayant terminé leurs études depuis moins de 6 mois. Les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi.
- Quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30/06/1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21ème anniversaire.

Animaux domestiques

Désigne le chien et/ou chat qui appartient à l'Assuré et qui vit habituellement à son Domicile, à l'exclusion de toute autre espèce, à condition qu'il soit à jour de vaccination conformément à la législation française, sous réserve des dispositions de la loi n°99-5 du 6 janvier 1999 relative aux animaux dangereux et errants et à la protection des animaux. **Les animaux domestiques dressés à l'attaque sont exclus.**

Atteinte corporelle

Accident corporel ou maladie dont la nature risque de porter atteinte à la vie de l'Assuré ou d'engendrer, à brève échéance, une aggravation majeure de son état de santé si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués immédiatement.

Par accident corporel on entend toute Atteinte corporelle provenant de l'action soudaine et violente d'une cause extérieure, imprévisible et indépendante

Complémentaire Santé

de la volonté de l'Assuré.

Par maladie, on entend toute altération soudaine et imprévisible de la santé de l'Assuré constatée par une Autorité médicale.

Autorité médicale

Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où se trouve l'Assuré.

Collaborateur

Désigne toute personne physique placée sous la responsabilité du Souscripteur.

Domicile

Lieu de résidence principal et habituel du Bénéficiaire figurant comme Domicile sur la déclaration d'impôts sur le revenu.

Il est situé obligatoirement en France.

Equipe médicale

Structure d'assistance médicale qu'AXA Assistance met à disposition et adapte à chaque cas particulier.

Etranger

Tout pays en dehors du pays de Domicile de l'Assuré.

France

France métropolitaine.

Hospitalisation imprévue

Séjour imprévu d'une durée supérieure à 48 heures, dans un établissement de soins public ou privé, prescrit médicalement, pour un traitement médical ou chirurgical à la suite d'une Atteinte corporelle. Le séjour est considéré comme imprévu lorsqu'il n'a pas été programmé plus de cinq (5) jours avant le début de l'Hospitalisation.

Hospitalisation à domicile

Soins à Domicile délivrés sous contrôle de la médecine hospitalière.

Immobilisation au Domicile

Désigne l'Immobilisation au Domicile prescrite par une Autorité médicale à la suite d'une Atteinte corporelle et d'une durée supérieur à cinq (5) jours consécutifs.

Membre de la famille

Le conjoint de l'Assuré de droit ou de fait ou toute personne qui lui est lié par un Pacs, ses ascendants ou

descendants au 1er degré ou ceux de son conjoint, ses beaux-pères, belles-mères, frères, sœurs, beaux-frères, belles-sœurs.

Ils doivent être domiciliés dans le même pays que l'Assuré.

Personne dépendante

Désigne la personne physique qui se trouve dans l'impossibilité médicalement constatée d'effectuer au moins trois des quatre actes ordinaires de la vie quotidienne : se déplacer, s'habiller, se laver, s'alimenter et à qui il aura été médicalement prescrit l'assistance constante d'un tiers ou l'Hospitalisation en centre de long séjour ou l'hébergement en section de cure médicale.

Proche

Personne physique désignée par l'Assuré ou un de ses ayants droit.

Il doit être domicilié dans le même pays que l'Assuré.

Territorialité

Les garanties s'exercent en France.

Article 20. Garanties d'assistance informations et conseils

20.1 Informations et conseils médicaux

AXA Assistance communique à l'Assuré des informations et conseils médicaux, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, dans les domaines suivants :

- Maternité : examens à effectuer, allaitement, maladie du nourrisson, prestations familiales, congé maternité, modes de garde, sevrage, etc. ;
- Médicaments : génériques, effets secondaires, contre-indications, interactions avec d'autres médicaments, précautions à prendre en cas de grossesse ou d'allaitement, automédication, traitements de la stérilité, etc. ;
- Pathologies et prises en charge : douleur, traitement et conséquences médicales, évolution de la maladie, risque de transmission, etc. ;
- Examens médicaux : IRM, radiologie, biologie, scanners, échographies, scintigraphies, etc. ;
- Vaccinations : obligatoires, recommandées, calendrier, contre-indications ;
- Médecines douces : acupuncture, ostéopathie, thermalisme, médecines parallèles.

L'intervention d'AXA Assistance se limite à donner des informations objectives. L'objet du service n'est en aucun cas de délivrer une consultation médicale personnalisée



Complémentaire Santé

par téléphone ou de favoriser l'automédication. Si telle était la demande, AXA Assistance conseille à l'Assuré de consulter son médecin traitant.

20.2 Informations prévention

AXA Assistance communique à l'Assuré des informations et conseils médicaux et paramédicaux, du lundi au vendredi de 8 heures à 20 heures, dans les domaines suivants :

- Allergies ;
- Diététiques ;
- Prévention bucco-dentaire ;
- Dépistage et prévention des maladies graves ;
- Facteurs de risques ;
- Hygiène de vie (alcool, tabac, drogues, pollution, alimentation, sport, stress) ;
- Troubles du sommeil ;
- Alimentation ;
- Optique.

L'intervention d'AXA Assistance se limite à donner des informations objectives. L'objet du service n'est en aucun cas de délivrer une consultation médicale personnalisée par téléphone ou de favoriser l'automédication. Si telle était la demande, AXA Assistance conseille à l'Assuré de consulter son médecin traitant.

20.3 Informations et conseils Juridiques Obsèques

AXA Assistance communique à l'Assuré des informations et conseils santé et juridique sur le thème des obsèques, du lundi au dimanche, de 8h00 à 20h30, sauf jours fériés, dans les domaines suivants :

- Règlementations particulières : soins de conservation, chambres funéraires, transport, cimetières et concessions;
- Successions : dévolution successorale, ordres et degrés, option successorale, déclaration successorale, différents héritiers, libéralités, coûts de l'héritage, testament, pensions et allocations ;
- Information juridique et fiscale : revente de biens, plus-value, transferts de fonds, déclaration d'impôts en France, les droits d'importation du pays, système d'imposition en France, système de couverture sociale en France, impôt sur le revenu, réclamation, paiement, contrôle, impôts locaux, frais de justice, l'aide juridictionnelle, les amendes pénales, différentes juridictions, accord amiable, procédure contentieuse, répression des fraudes, association de consommateurs.

Lorsqu'AXA Assistance aura besoin d'effectuer des recherches pour apporter une réponse à l'Assuré, elle le rappellera afin de lui communiquer une réponse.

Les renseignements fournis sont d'ordres documentaires et la responsabilité d'AXA Assistance ne pourra être engagée dans le cas d'une interprétation inexacte des informations transmises.

Article 21. Garanties d'assistance à domicile

Les garanties 21.1 à 21.10 sont acquises à l'Assuré :

- en cas d'Hospitalisation ou d'Immobilisation au Domicile d'une durée supérieure à cinq (5) jours,
- en cas d'Hospitalisation en maternité de plus de 8 jours.

21.1 Aide-ménagère

AXA Assistance organise et prend en charge les services d'une aide-ménagère au Domicile de l'Assuré afin de l'aider dans les tâches du quotidien :

- soit pendant la durée de l'Immobilisation ;
- soit pendant la durée de l'Hospitalisation ou dès le retour de l'Assuré à son Domicile.

Après analyse de la situation de l'Assuré, AXA Assistance prend en charge jusqu'à 30 heures maximum dans les 15 jours qui suivent la date de l'Immobilisation ou de l'Hospitalisation, avec un minimum de 2 heures consécutives.

L'Assuré doit formuler sa demande dans les 8 jours qui suivent la date de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation.

21.2 Garde des enfants malades

Suite à une Attente corporelle grave, lorsque le médecin traitant estime que l'état de santé d'un enfant Assuré de moins de 15 ans, nécessite une immobilisation médicalement prescrite supérieure à 2 jours consécutifs, et dans le cas où personne ne peut assurer sa garde, dès le premier jour de l'incident, AXA Assistance organise et prend en charge :

- soit l'acheminement d'une Proche au Domicile de l'Assuré en mettant à disposition un titre de transport aller-retour en avion de ligne classe économique ou en train 1ère classe ;
- soit sa garde par du personnel qualifié au Domicile du Bénéficiaire, pendant 30 heures maximum dans les 10 jours suivant la date de l'évènement avec un minimum de 2 heures consécutives et un maximum de 8 heures consécutives.

AXA Assistance intervient à la demande des parents et ne peut être tenue pour responsable des évènements pouvant survenir pendant les trajets ou pendant la

Complémentaire Santé

garde des enfants confiés.

Cette garantie est limitée à une intervention par année civile.

Au-delà d'une intervention par an, AXA Assistance peut communiquer au Bénéficiaire les coordonnées de personnel qualifié. Le coût du personnel qualifié reste à la charge du Bénéficiaire.

21.3 Garde des enfants Bénéficiaires de moins de 15 ans

Si personne ne peut assurer la garde des Assurés de moins de 15 ans, AXA Assistance organise et prend en charge :

- soit l'acheminement d'un Proche au Domicile de l'Assuré en mettant à disposition un titre de transport aller-retour en avion de ligne classe économique ou en train 1ère classe ;
- soit l'acheminement des enfants au Domicile d'un Proche en mettant à disposition un ou des titres de transport aller-retour en avion de ligne classe économique ou en train 1ère classe et selon les cas, les frais d'accompagnement des enfants par du personnel qualifié ;
- soit leur garde par du personnel qualifié dans la limite de 30 heures dans les 15 jours qui suivent l'Immobilisation au Domicile ou l'Hospitalisation imprévue de l'Assuré, avec un minimum de 2 heures consécutives et un maximum de 8 heures consécutives.

21.4 Conduite des enfants à l'école

- si personne ne peut assurer la conduite des enfants de l'Assuré à l'école, AXA Assistance organise et prend en charge :
- leur transport à l'école en taxi à concurrence de 310 euros par événement dans la limite de la durée de l'Immobilisation à Domicile ou de l'Hospitalisation ;
- le ou les titres de transport aller/retour en avion classe économique ou train. 1ère classe et, selon les cas, les frais d'accompagnement des enfants chez un Proche par le personnel qualifié.

La garantie sera mise en œuvre dès la réception d'une autorisation écrite de transport des parents, mentionnant le lieu de prise en charge ainsi que le nom et l'adresse de l'établissement scolaire.

AXA Assistance intervient à la demande des parents ou du représentant légal et ne peut être tenue pour responsable du refus du chef d'établissement de laisser partir l'enfant.

21.5 Garde des Animaux domestiques

Si la garde de l'Animal domestique de l'Assuré n'est plus assurée, AXA Assistance organise et prend en charge :

- soit l'acheminement de l'Animal domestique, dans la limite de 2 animaux, jusqu'à la pension la plus proche dans un rayon de 50 km du Domicile de l'Assuré et sa garde, à concurrence de 229 euros par Événement ;
- soit l'acheminement de l'Animal domestique, dans la limite de 2 animaux, au Domicile d'un Proche dans un rayon de 50 km.

21.6 Soutien scolaire

Lorsque l'Immobilisation de l'Assuré entraîne une absence scolaire d'une durée supérieure à 15 jours consécutifs, AXA Assistance organise et prend en charge des répétiteurs scolaires jusqu'à la fin de l'année scolaire, dans la limite de trente (30) heures maximum à raison de trois (3) heures consécutives minimum par jour, hors vacances scolaires, dans les matières suivantes : français, mathématiques, histoire, géographie, physique, biologie ou langues vivantes.

Ce soutien s'adresse aux enfants scolarisés du cours préparatoire à la terminale dans un établissement scolaire français.

Cette garantie est limitée à une intervention par année scolaire et par famille.

21.7 Envoi d'une ambulance

AXA Assistance organise le transport de l'Assuré vers le centre hospitalier le plus proche de son Domicile, sans pouvoir excéder un rayon de 50 km, lorsqu'il est médicalement prescrit. A l'issue de son Hospitalisation, AXA Assistance organise le transport retour jusqu'à son Domicile. AXA Assistance participe à la prise en charge de ces frais de transport :

- si l'Assuré est effectivement hospitalisé dans un établissement privé ou public ;
- dans la limite des frais restant à sa charge après intervention des organismes payeurs.

21.8 Visite d'un Proche

Cette garantie est accordée uniquement si aucun Membre de la famille de l'Assuré ne se trouve dans un rayon de 50 km de son lieu de Domicile.

AXA Assistance organise et prend en charge le transport aller/retour en avion classe économique ou en train 1ère classe pour un Membre de la famille ou un Proche (2 titres de transport s'il s'agit d'un enfant mineur) afin qu'ils se rendent auprès de l'Assuré immobilisé ou hospitalisé.

Complémentaire Santé

AXA Assistance prend en charge les Frais de séjours dans la limite de 2 nuits consécutives à concurrence de 77 euros TTC par nuit et par Assuré (Chambre et petit déjeuner uniquement).

Toute autre solution de logement provisoire ne peut donner à un quelconque dédommagement.

21.9 Livraison de médicaments

Si personne ne peut livrer les médicaments prescrits, AXA Assistance organise et prend en charge leur acheminement au Domicile de l'Assuré, pendant 30 jours à compter de la date de l'Immobilisation ou de l'Hospitalisation.

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

21.10 Transmission de messages urgents

Si l'Assuré se trouve dans l'impossibilité matérielle de transmettre un message urgent et s'il en fait la demande, AXA Assistance se charge de transmettre tout message aux Membres de sa famille et à ses Proches et inversement.

Les messages restent sous la responsabilité de leurs auteurs qui doivent pouvoir être identifiés et n'engagent qu'eux, AXA Assistance ne jouant que le rôle d'intermédiaire pour leur transmission.

Article 22. Garanties d'assistance médicale

Les garanties d'assistance médicale 22.1 à 22.4 sont acquises à l'Assuré à la suite d'une Hospitalisation à Domicile ou en cas d'Immobilisation à Domicile.

22.1 Mise à disposition de matériel médical

AXA Assistance organise la recherche et livre le matériel médical nécessaire à la convalescence prescrit par un médecin.

Le coût de la livraison est pris en charge par le service assistance.

Les frais de location de matériel médical restent à la charge de l'Assuré.

22.2 Soins à Domicile

AXA Assistance met à la disposition de l'Assuré un service de soins à Domicile (infirmière, kinésithérapeute ...).

Ce service sera accordé uniquement sur présentation d'un certificat du médecin traitant.

Toutefois, les frais de déplacement et honoraires du

personnel soignant ainsi que les soins restent à la charge de l'Assuré.

AXA Assistance ne peut être tenue pour responsable des conséquences d'éventuels retards, empêchements ou fautes du personnel médical contacté.

22.3 Recherche d'une place dans un milieu hospitalier

Si l'Assuré bénéficie d'une prescription médicale, et qu'il en fait la demande, l'Equipe médicale d'AXA Assistance organise la recherche d'une place dans tout service hospitalier dans des établissements privés ou publics, situés dans un rayon de 50 km du Domicile de l'Assuré, dans la mesure des disponibilités locales.

22.4 Assistance psychologique

En cas de traumatisme survenu à la suite d'un acte de terrorisme, des émeutes, d'une agression physique ou d'un événement familial grave, AXA Assistance peut, en France, mettre l'Assuré en relation avec un psychologue clinicien. AXA Assistance peut aussi organiser et prendre en charge trois (3) consultations avec un psychologue clinicien dans un délai de six (6) mois à compter de la survenance du traumatisme.

La demande d'assistance psychologique doit être formulée dans un délai de trois (3) mois à compter de la date de survenance du traumatisme.

Au-delà de ces 3 consultations, AXA Assistance pourra communiquer à l'Assuré les coordonnées de psychologues à proximité de son Domicile. Les frais restent à la charge de l'Assuré.

Article 23. Exclusions communes à toutes les garanties

Sont exclus et ne pourront donner lieu à intervention, ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit :

- toutes interventions et/ ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages, à titre préventif, traitements ou analyses réguliers et, d'une manière générale, toute intervention ou prise en charge ayant un caractère répétitif ou régulier ;
- les interruptions volontaires de grossesse ;
- les maladies chroniques ;
- les convalescences, les affections en cours de traitement et non encore consolidées et/ou nécessitant des soins ultérieurs programmés ;
- les tentatives de suicide et leurs conséquences ;
- les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, les traitements à but esthétique ;

Complémentaire Santé

- les frais médicaux, les cures, séjours en maison de repos et les frais de rééducation ;
- le coût des communications téléphoniques, excepté celles réalisées dans le cadre de la mise en place des garanties d'assistance de ce contrat.
- de plus, ne pourront donner lieu à notre intervention, ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit toutes conséquences :
- de l'usage abusif d'alcool (taux d'alcoolémie constaté supérieur au taux fixé par la réglementation en vigueur), de l'usage ou de l'absorption de médicaments, drogues ou stupéfiants non prescrits médicalement ;
- la participation à un pari, défi, duel ou crime
- d'un acte intentionnel ou d'une faute dolosive de la part de l'Assuré ;
- de la participation de l'Assuré en tant que concurrent à toute épreuve sportive de compétition ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre ou aérienne (à moteur ou non) ;
- de la pratique, à titre professionnel, de tout sport et à titre amateur des sports aériens, de défense, de combat,
- du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;
- d'effets nucléaires radioactifs ;
- d'interdictions officielles, de saisies ou de contraintes par la force publique ;
- la guerre civile ou étrangère déclarée ou non, la mobilisation générale ;
- toute réquisition des hommes et/ou du matériel par les autorités, tout acte de sabotage ou de terrorisme ;
- tout conflit social tel que grève, émeute, mouvement populaire, participation volontaire à des rixes, toute restriction à la libre circulation des biens et des personnes ;
- les épidémies, tout risque infectieux ou chimique ;
- tous les cas de force majeure ;
- de dommages causés par des explosifs que l'Assuré peut détenir ;
- de la participation volontaire à des rixes sauf en cas de légitime défense, à la guerre civile ou étrangère, à des émeutes, à des grèves, à des actes de terrorisme, de pirateries, de sabotage, à des mouvements populaires ;
- les événements climatiques tels que tempêtes ou ouragans, les cataclysmes naturels ;

Ne donnent lieu ni à prise en charge, ni à remboursement :

- les frais de séjour (hôtel, taxis, restaurant, téléphone...) sauf ceux ayant fait l'objet d'un accord préalable du service assistance,
- les frais liés non justifiés par des documents originaux ;
- toute intervention initiée et/ou organisée à un niveau étatique ou interétatique par toute autorité ou organisme gouvernemental ou non gouvernemental.

Article 24. Prise d'effet – Durée – résiliation

Les garanties d'assistance sont acquises aux Assurés pendant toute la durée du présent Contrat d'assistance. Elles cessent leur effet de plein droit, sans autre avis, à la date à laquelle l'Assuré n'est plus bénéficiaire des conventions Frais de santé n° 800973 ou n°800974, ou s'il ne fait plus partie du personnel.

Seul le Contrat intégral souscrit par l'association MUSTI auprès d'AXA Assistance fera foi en cas de différends, étant entendu que les exceptions opposables par AXA Assistance à l'association MUSTI sont également opposables aux Assurés bénéficiaires du Contrat.

Article 25. Loi informatique et libertés

Dans le cadre du contrôle de la qualité des services rendus, les conversations téléphoniques entre les Assurés et les services d'AXA Assistance pourront être enregistrées.

Conformément aux articles 32 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, l'Assuré est informé que les données nominatives qui seront recueillies lors de son appel sont indispensables à la mise en œuvre des prestations d'assistance définies dans ces Conditions générales.

Un défaut de réponse entraînera la déchéance des garanties prévues par la convention.

Ces informations sont destinées à l'usage interne d'AXA Assistance, ainsi qu'aux personnes amenées à intervenir et chargées de la passation, la gestion et l'exécution du contrat, dans la limite de leurs attributions respectives. AXA Assistance est soumise aux obligations légales issues principalement du Code Monétaire et Financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme et, à ce titre, AXA Assistance met en œuvre un traitement de surveillance des contrats pouvant aboutir à la rédaction d'une



Complémentaire Santé

déclaration de soupçon conformément à l'autorisation unique donnée par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) le 16 Juin 2011.

Les données personnelles pourront également être utilisées dans le cadre d'un traitement de lutte contre la fraude que la CNIL a autorisé AXA Assistance à mettre en œuvre conformément à l'autorisation unique en date du 17 Juillet 2014 ; ce traitement pouvant conduire, le cas échéant, à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Les données recueillies peuvent être communiquées aux autres sociétés du Groupe AXA y compris pour une utilisation à des fins de prospection commerciale. Si vous ne souhaitez pas que vos données soient transmises aux sociétés du Groupe AXA pour une utilisation à des fins de prospection commerciale, vous pouvez vous y opposer en écrivant à : Service Juridique d'Axa Assistance, 6 rue André Gide – 92320 Châtillon.

L'Assuré dispose d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant, en vous adressant au Service Juridique d'AXA Assistance– 6, rue André Gide – 92320 Châtillon.

Article 26. Réclamations et différends

En cas de réclamation concernant la mise en œuvre des garanties du Contrat, les Assurés peuvent s'adresser au :

Service Gestion Relation Clientèle
6, rue André Gide
92320 Châtillon.

Si un désaccord subsiste, ils peuvent faire appel au Médiateur, personnalité indépendante :

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

Site internet : www.mediation-assurance.org.

Ce recours est gratuit. L'avis du Médiateur ne s'impose pas et laissera toute liberté à l'Assuré pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.

Article 27. Prescription

Conformément à l'article L 114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites pour deux (2) ans à compter de l'événement qui leur donne naissance.

Ce délai ne court :

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

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

La prescription est portée à dix (10) dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants-droit de l'Assuré décédé.

Conformément à l'article L114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription constituées par :

- toute demande en justice, même en référé, ou même portée devant une juridiction incompétente ;
- tout acte d'exécution forcée, ou toute mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ;
- toute reconnaissance par l'assureur du droit à garantie de l'Assuré, ou toute reconnaissance de dette de l'Assuré envers l'assureur.
- La prescription est également interrompue par :
- la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;
- l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la souscription ou par l'Assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Conformément à l'article L114-3 du Code des assurances, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter des causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Article 28. Autorité de contrôle

AXA Assistance France Assurances est soumise au contrôle prudentiel de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 61, rue Taitbout – 75009 Paris.

Complémentaire Santé

V - LES DOCUMENTS NÉCESSAIRES AU RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

L'ensemble des demandes de remboursement ou autres correspondances relatives à une adhésion doivent être transmises au Centre de gestion de la Société Mercer à l'adresse suivante :

MERCER – Centre de gestion individuelle
164-174, rue Victor Hugo
92536 Levallois Perret Cedex

Dans tous les cas, si votre décompte de Sécurité sociale est télétransmis, vous n'avez pas à le faire parvenir.

Les prestations décrites ci-après ne sont couvertes que si elles sont expressément mentionnées dans le tableau des garanties.

| Les prestations | Les documents à nous transmettre |
|---|---|
| • La médecine courante | - L'original du décompte de la Sécurité sociale |
| • La médecine alternative | - L'original de la facture |
| • La prévention - Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin - Consultation, prescrite par un médecin, chez un diététicien par enfant de moins de 12 ans - Dépistage de l'hépatite B - Détartrage sus et sous gingival - Ostéodensitométrie remboursée par la Sécurité sociale - Les médicaments et produits à base de nicotine | - La prescription médicale et l'original de la facture - La prescription médicale et l'original de la facture - L'original du décompte de la Sécurité sociale - L'original du décompte de la Sécurité sociale - L'original de la facture - L'original du décompte de la Sécurité sociale ou l'original de la facture s'il n'a pas été remboursé par la Sécurité sociale et l'original de la prescription médicale |
| • Les frais de transport | - L'original du décompte de la Sécurité sociale |
| • La pharmacie - Les médicaments pris en charge par la Sécurité sociale - Les médicaments non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin | - L'original du décompte de la Sécurité sociale (sauf si vous utilisez le tiers payant) - La prescription médicale et l'original de la facture |
| • Le dentaire | - L'original du décompte de la Sécurité sociale - Pour les prothèses ou actes de parodontologie, l'original de la facture détaillée de tous les actes ; le devis préalable s'il conditionne la prestation |
| • L'optique | - L'original du décompte de la Sécurité sociale - Pour les lunettes : l'original de la facture mentionnant la correction visuelle et le type de verre, le devis préalable s'il conditionne la prestation. - Pour les lentilles : l'original de la prescription médicale datant de moins de deux ans (ou une photocopie en cas de renouvellement) pour les lentilles qui ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale et l'original de la facture - Pour l'implant intraoculaire multifocal : l'original de la facture. |
| • L'auditif | - L'original du décompte de la Sécurité sociale - En cas de dépassement du tarif de la Sécurité sociale, la facture détaillée |
| • Les appareillages et prothèses diverses (autres que les prothèses dentaires et auditives) | - L'original du décompte de la Sécurité sociale - En cas de dépassement du tarif de la Sécurité sociale, la facture détaillée |
| • L'hospitalisation | Selon la facturation dont relève l'établissement : - Le bordereau de facturation destiné à l'assurance maladie complémentaire, - L'original de la facture, - L'avis des sommes à payer, accompagné de l'attestation de paiement Dans tous les cas, les notes de dépassement d'honoraires |
| • Les cures thermales | - L'original du décompte de la Sécurité sociale - L'original des factures |



Complémentaire Santé

Quelques informations supplémentaires

Nous conserverons les pièces justificatives que vous nous transmettez.

A défaut des pièces justificatives, nous considérons que les dépenses réelles n'ont pas excédé le tarif de la Sécurité sociale.

La facture doit comporter la mention « acquittée » et détailler les prestations, le prix et la date à laquelle ces prestations ont été réalisées.

Nous pouvons demander à l'adhérent, si besoin, toute autre pièce ou effectuer tout contrôle nécessaire à l'application de la garantie et, notamment, la preuve de la qualité d'ayant droit de l'adhérent.

Complémentaire Santé



Le Service aux clients Mercer

- Télétransmission avec la Sécurité sociale
- Tiers Payant
- Confirmation de prise en charge des devis optiques et dentaires
- Règlements en moins de 48 heures

MERCER.NET.FR

le site pratique et sécurisé dédié aux assurés

- Visualisation de vos remboursements à tout moment
- Modification de vos informations personnelles
- Consultation de la liste des professionnels de santé référencés Mercer
- Edition de votre certificat d'adhésion/de radiation
- Impression de votre carte de Tiers Payant

Toutes vos correspondances sont à adresser à

MERCER

Centre de gestion individuelle
164-174, rue Victor Hugo - 92536 LEVALLOIS-PERRET Cedex

0 825 800 812 Service 0,15 € / min
+ prix appel

du lundi au vendredi, de 8h30 à 18h00

www.MesSolutionsMercer.fr

Pour toute réclamation, n'hésitez pas à nous contacter au numéro suivant :

03 20 89 10 88 ou par mail à centre.levallois@mercer.com

Mercer (France)

Société par Actions Simplifiée au capital de 30 539 670 €

RCS Nanterre B 390 589 455 - APE 6622 Z

Siège Social : Tour Ariane - 5, place de la Pyramide - 92800 Puteaux

Garantie Financière et Assurance de Responsabilité Civile Professionnelle conformes aux articles L 512-6 et L 512-7 du Code des Assurances.

N° ORIAS : 07 001 885.

MUSTI Association loi 1901 déclarée à la préfecture des Hauts-de-Seine, inscrite au Répertoire National des Associations sous le n°W922009756, et dont le siège sociale est situé Tour Ariane, 5 Place de la Pyramide à Puteaux (92800).

AXA France Vie - Société Anonyme au capital de 487 725 073,50 €

310 499 959 RCS Nanterre

Siège Social : 313, Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex.

Entreprise régie par le Code des Assurances.

AXA ASSISTANCE France Assurances

Société Anonyme au capital de 7 275 660 €

Siège Social : Le Carat - 6, rue André