

NOTE DE PRÉSENTATION

La Mutualité Familiale du Corps Médical Français, dite « Mutuelle du Médecin » a été créée en 1894.

Elle distribue ses garanties sous la marque Mutuelle du Médecin. La Mutuelle s'adresse uniquement aux professionnels de la médecine et à leurs familles.

Régie par le livre II du code de la mutualité, sans but lucratif, elle organise la solidarité entre ses membres à partir des fonds provenant de cotisations. La gestion de la Mutuelle est contrôlée par un Conseil d'administration composé de médecins élus en Assemblée générale.

La Mutuelle du Médecin est contrôlée par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 61 rue Taitbout 75436 PARIS cedex 09.

INFORMATIONS RELATIVES AU SERVICE RÉCLAMATION ET À LA MÉDIATION

Pour toutes réclamations, il est possible de s'adresser au service réclamation de la Mutuelle du Médecin à l'adresse suivante :

- par courrier à Mutualité Familiale du Corps Médical Français – service réclamation
34 boulevard de Courcelles 75809 Paris cedex 17
- par mail à reclamation@mutuelle-du-medecin.fr

Si l'adhérent est en désaccord avec la position retenue et après épuisement des procédures internes, la Médiation de l'Assurance peut être saisie ; à condition qu'aucune action judiciaire n'ait été engagée. L'adhérent peut à ce titre :

- envoyer un dossier écrit à « La Médiation de l'Assurance » TSA 50 110 - 75 441 Paris cedex 09.
- ou saisir en ligne le Médiateur en complétant un formulaire de saisine sur le site de la Médiation de l'Assurance : <http://www.mediation-assurance.org>.

INFORMATIONS SUR LE MODE DE RÉMUNÉRATION

La Mutuelle du Médecin travaille sur la base de commissions (c'est-à-dire une rémunération incluse dans la cotisation d'assurance versée par l'adhérent).

Mutualité Familiale du Corps Médical Français, dite Mutuelle du Médecin, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité, N° SIREN 784 180 044 34 boulevard de Courcelles, 75809 PARIS Cedex 17. Mutuelle substituée par AGMF Prévoyance, Union soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, N° SIREN 775 666 340, 34 boulevard de Courcelles - 75809 PARIS Cedex 17.

INFORMATIONS LIÉES A LA VENTE À DISTANCE

Organisme Assureur : Mutualité Familiale du Corps Médical Français, dite Mutuelle du Médecin
Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité, N° SIREN 784 180 044 – 34 boulevard de Courcelles, 75809 PARIS Cedex 17 – Mutuelle substituée par AGMF-Prévoyance Union de mutuelles soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité sous le N° 775 666 340 - 34, boulevard de Courcelles 75809 PARIS CEDEX 17,

Garanties : Le contrat a pour objet de rembourser aux étudiants, internes et médecins une partie déterminée des frais médicaux, paramédicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux et d'hospitalisation figurant dans le tableau de garanties qu'ils peuvent être amenés à engager et ce, en complément des remboursements des régimes obligatoires d'assurance maladie français.

Lien vers le tableau des garanties.

Tarif : Le tarif applicable apparaît sur l'écran de souscription « vos informations bancaires ».

Modalités de souscription :

L'adhésion est réalisée sur le site www.mutuelle-du-medecin.fr.

Elle est formalisée par :

- l'acceptation puis la validation par voie numérique de la souscription du contrat,
 - le scellement du contrat par l'apposition de la signature électronique de l'assuré,
 - la notification par la Mutuelle de l'acceptation de la souscription concrétisée l'envoi d'un courriel indiquant la mise à disposition dans l'espace adhérent du certificat d'adhésion.
- L'adhésion devient effective sous réserve de la transmission des pièces justificatives et de l'encaissement par la Mutuelle de la première cotisation relative à la garantie souscrite.

Le contrat ne peut être souscrit que :

- **par des personnes affiliées à un régime obligatoire d'assurance maladie français,**
- **ayant la qualité de médecin ou d'interne des professions de santé,**

Loi applicable : La loi applicable à la présente fiche produit est la loi française. Le contrat est régi par le Code de la Mutualité et les échanges y afférents se font dans la langue française.

Juridiction compétente : En cas de litige, les parties s'engagent à saisir le tribunal compétent du lieu du domicile du défendeur (partie à l'encontre de laquelle l'action est intentée).

Durée de validité des informations : Les informations ci-dessus sont valables pour la durée de l'adhésion sauf modifications contractuelles non encore reportées sur la présente fiche produit mais dont l'assuré a été dûment informé.

.....
Ce document n'a pas valeur de conditions contractuelle de la garantie MDM SANTE DIGITALE. Pour connaître l'étendue contractuelle de ces garanties, il convient de se reporter aux dispositions contractuelles de la Garantie.



MUTUALITÉ FAMILIALE
DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

NOTICE D'INFORMATION MADELIN MDM SANTÉ DIGITALE

Médecins et professionnels de santé

Version mise à jour 25 septembre 2018

Mutualité Familiale du Corps Médical Français, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité,
N° SIREN 784 180 044, 34 boulevard de Courcelles, 75809 PARIS Cedex 17.

Mutuelle substituée par AGMF Prévoyance, Union soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité,
N° SIREN 775 666 340, 34 boulevard de Courcelles, 75809 PARIS Cedex 17.



mutuelle-du-medecin.fr



SOMMAIRE

TITRE I

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1	DISPOSITIONS GÉNÉRALES	Page 4
------------------	------------------------------	--------

TITRE II

GARANTIE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

ARTICLE 2	MODALITÉS DU BÉNÉFICE DES PRESTATIONS	Page 11
ARTICLE 3	PROCÉDURE DE DEMANDE DE PRESTATIONS	Page 12
ARTICLE 4	COTISATIONS	Page 13
ARTICLE 5	PRESTATIONS FOURNIES AU TITRE DE LA GARANTIE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ	Page 14

TITRE III

PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES

ARTICLE 6	NATURE DES PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES	Page 15
ARTICLE 7	AVANTAGES	Page 15
ARTICLE 8	SERVICES SANTÉ	Page 16

TITRE IV

TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS

ARTICLE 9	DÉFINITION DES RÉCLAMATIONS	Page 17
ARTICLE 10	PROCÉDURE ET DÉLAIS DE TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS	Page 17
ARTICLE 11	MÉDIATION DE L'ASSURANCE	Page 18

ANNEXES

ANNEXE 1

PRESTATIONS ET COTISATIONS COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

ANNEXE 1.1	PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRE SANTÉ MDM SANTÉ DIGITALE	Page 20
ANNEXE 1.2	COTISATIONS COMPLÉMENTAIRE SANTÉ MDM SANTÉ DIGITALE	Page 27

ANNEXE 2

COTISATION MUTUALISTE

ANNEXE 2	COTISATION MUTUALISTE	Page 29
-----------------	---------------------------------	---------

ANNEXE 3

COTISATION DES SERVICES SANTÉ

ANNEXE 3	COTISATION DES SERVICES SANTÉ	Page 30
-----------------	---	---------

ANNEXE 4

PRINCIPALES PIÈCES NÉCESSAIRES AU REMBOURSEMENT

ANNEXE 4	PRINCIPALES PIÈCES NÉCESSAIRES AU REMBOURSEMENT	Page 30
-----------------	---	---------

ANNEXE 5

NOTICE DES CONTRATS COLLECTIFS OUVRANT DROIT AUX GARANTIES EN INCLUSION VISÉES À L'ARTICLE 1.6. DE LA NOTICE

ANNEXE 5.1	NOTICE PRESTATIONS OBSÈQUES	Page 32
ANNEXE 5.2	NOTICE DÉPENDANCE	Page 34
ANNEXE 5.3	ASSISTANCE À COMPTER DU 1 ^{ER} JUILLET 2018	Page 36

ANNEXE 6

EXERCICE DU DROIT DE RENONCIATION PRÉVU À L'ARTICLE 1.3

ANNEXE 6	EXERCICE DU DROIT DE RENONCIATION PRÉVU A L'ARTICLE 1.3	Page 63
-----------------	---	---------

TITRE I

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1 La présente notice est établie en application de l'article L.221-6 du Code de la Mutualité. Elle détermine le contenu des engagements réciproques de la Mutualité Familiale du Corps Médical Français (ci-après la « Mutuelle ») et des adhérents au contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'Association des Professionnels au Service de la Médecine (APSM) dans le cadre de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 dite « loi Madelin », notamment en ce qui concerne les prestations et cotisations afférentes aux opérations collectives de couverture des frais de santé qu'elle garantit.

Par son adhésion au contrat, le travailleur non salarié non agricole (TNS), membre de l'APSM, devient membre Participant de la Mutuelle au sens de l'article 7 des statuts.

Dès lors qu'un membre Participant adhère au contrat, il est désigné ci-après, eu égard aux garanties auxquelles il souscrit, « l'Adhérent ».

Nul ne peut devenir Adhérent s'il n'est pas membre Participant de la Mutuelle au sens de l'article 7 des statuts. Cette condition s'applique garantie par garantie sous réserve des formalités d'adhésion propres à chaque garantie.

La résiliation de l'ensemble des garanties collectives souscrites auprès de la mutuelle entraîne la perte de la qualité d'Adhérent et la perte des avantages et des services santé visés au titre III.

Ces derniers étant proposés en inclusion des garanties de la Mutuelle, personne ne peut rester Adhérent et bénéficier des prestations supplémentaires du titre III en ne payant que la cotisation mutualiste.

Le contrat s'impose à tout membre Participant de la Mutuelle ayant signé un bulletin d'adhésion à la ou les garanties visées ci-après (ci-après « l'Adhérent »).

1.2 Le contrat est adopté par le Conseil d'Administration dans le respect des règles générales régissant les opérations collectives fixées par l'Assemblée Générale.

Toute modification du contrat est de la compétence du Conseil d'Administration et est notifiée aux Adhérents.

En application notamment de l'article L. 211-5 du Code de la Mutualité, AGMF Prévoyance se substitue intégralement, à effet du 1^{er} janvier 2016, à la Mutuelle, pour la délivrance et l'exécution des engagements résultant de ses contrats d'assurance facultative maladie, accident, conclus ou à conclure par la Mutuelle avec ses membres participants et leurs ayants droit, et relevant des branches 1 et 2 de l'article R. 211-2 du Code de la Mutualité, tels qu'ils sont définis dans les statuts et règlement(s) mutualiste(s) de la Mutuelle et, s'il y a lieu, dans les contrats collectifs d'assurance assurés par la Mutuelle.

AGMF Prévoyance donne à la Mutuelle, dans les conditions prévues à l'alinéa 4 de l'article L. 211-5 du Code de la Mutualité, sa caution solidaire, c'est-à-dire qu'AGMF Prévoyance donne sa caution solidaire à la Mutuelle pour l'ensemble de ses engagements financiers et charges, y compris non assurantiels vis-à-vis des membres participants, ayants-droit, bénéficiaires de la Mutuelle et de toute autre personne physique ou morale.

Si l'un des agréments accordés à AGMF Prévoyance, en branche 1 ou 2, lui est retiré ou est déclaré caduc, l'adhésion sera résiliée le quarantième jour à midi à compter de la date de la publication de la décision du retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors restituée au souscripteur ou au membre participant qui a acquitté la cotisation.

Les modifications envisagées des montants et/ou taux des cotisations et des prestations devront être soumis préalablement à AGMF Prévoyance, garante des opérations d'assurance de la Mutuelle, selon les dispositions prévues dans la convention de substitution signée entre La Mutuelle et AGMF Prévoyance.

1.3 Les adhésions au contrat prennent effet, garantie par garantie, le premier jour du mois suivant l'envoi par la Mutuelle à l'Adhérent de la lettre d'acceptation d'adhésion à la garantie concernée, sous réserve de l'encaissement par la Mutuelle de la première cotisation relative à la garantie souscrite.

Lorsque le mode d'adhésion à la Formule de garanties le permet, l'adhésion peut être réalisée en ligne (sur un site internet).

L'adhésion en ligne produit ses effets à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion signé électroniquement. L'adhésion ne devient effective qu'après la réception des pièces justificatives et sous réserve de l'encaissement par la Mutuelle de la première cotisation relative à la garantie souscrite.

À l'issue de souscription, l'adhérent est informé que son adhésion a pris effet par l'envoi d'un mail lui notifiant la mise à disposition de ses documents contractuels sur son espace adhérent.

En cas de vente à distance, les Adhérents disposent d'un délai de renonciation de quatorze jours calendaires révolus à compter de l'envoi par la Mutuelle de la lettre d'acceptation de leur adhésion. Cette faculté de renonciation peut être exercée pour chacune des garanties visées au titre II de la présente notice et ne fait pas obstacle à ce que l'adhésion prenne effet avant l'expiration de ce délai de renonciation.

Cette renonciation doit être effectuée obligatoirement par lettre recommandée avec demande d'avis de réception selon le modèle joint à la présente notice d'information.

La Mutuelle rembourse la cotisation au plus tard dans les quatorze jours à compter de la date de la réception de la renonciation du membre participant. Au-delà de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal. La Mutuelle effectue ce remboursement en utilisant le même moyen de paiement que celui utilisé par le membre participant pour le paiement de la première cotisation, sauf accord exprès de celui-ci pour qu'un autre moyen de paiement soit utilisé et dans la mesure où le remboursement n'occasionne pas de frais à sa charge.

1.4 Les garanties ne prennent effet, sous réserve, le cas échéant, des délais d'attente prévus dans l'annexe propre à chaque garantie, qu'à l'expiration du délai de renonciation prévu au 1.3, sauf si l'assuré demande expressément l'exécution immédiate du contrat sans attendre la fin du délai de renonciation dans la demande de souscription.

Si l'adhésion avait pris effet, les garanties cessent le lendemain à zéro heure de la date de l'envoi de la lettre de renonciation.

Si l'adhérent a souhaité que l'adhésion commence à être exécutée à la date prévue au certificat d'adhésion (et non à l'issue du délai de quatorze jours), la Mutuelle conservera la quote-part des cotisations correspondant à la couverture dont aura bénéficié le membre participant durant la période d'exécution du contrat.

1.4.1 – L'adhésion au contrat est consentie, pour chaque garantie, pour une période courant du jour indiqué à l'article 1.3 ci-dessus jusqu'au 31 décembre suivant, puis est renouvelable tacitement d'année en année sauf dénonciation par l'Adhérent par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ainsi qu'il suit au plus tard le 31 octobre pour une prise d'effet au 31 décembre de l'année en cours.

1.4.2 – Si la dénonciation intervient après la date de renouvellement, les prestations et cotisations cessent d'être dues à compter de l'envoi par l'Adhérent de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception de dénonciation.

Dans les autres cas les prestations et cotisations cessent d'être dues à la date de renouvellement.

À défaut pour l'Adhérent d'avoir dénoncé son adhésion dans les délais ci-dessus, il est réputé avoir accepté les conditions de reconduction transmises par la Mutuelle, tant en ce qui concerne les éventuelles modifications de garanties, que celles visant les cotisations.

1.5 Les garanties visées à la présente notice peuvent être suspendues et/ou résiliées dans les cas visés aux articles L 221-8, et L 221-17 du Code de la Mutualité, dans les conditions visées auxdits articles.

1.6 Les garanties visées aux articles 7-2, 7-3 et 8-1 de la présente notice sont proposées « en inclusion » des garanties assurées par la Mutuelle, au sens de l'article L 221-3 du Code de la Mutualité. Elles font l'objet d'un contrat collectif à adhésion obligatoire, souscrit par la Mutuelle, après décision de son Conseil d'administration ratifiée par l'Assemblée générale.

Chaque Adhérent est obligatoirement affilié à ce contrat collectif, du seul fait de son adhésion aux garanties collectives du contrat. Les notices d'information des contrats collectifs concernés sont établies par l'organisme assureur des garanties en inclusion et définissent les garanties prévues et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elles précisent également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription. Les notices d'information sont annexées à la présente notice, ou sont remises séparément à l'Adhérent, conformément aux articles L 141-4 du code des assurances et 5.2 des statuts de la Mutuelle.

Dans tous les cas, chaque année la Mutuelle peut décider de résilier ce ou ces contrats collectifs et mettre ainsi un terme aux garanties afférentes.

1.7 Les cotisations sont payables annuellement et exigibles d'avance. Cependant la Mutuelle peut accepter des paiements fractionnés, toujours exigibles d'avance.

Les cotisations sont affectées à la couverture des prestations assurées directement ou indirectement par la Mutuelle et aux frais de gestion associés.

Les contrats collectifs visés à l'article 1.6 ci-avant peuvent prévoir des modalités particulières pour le paiement des cotisations (appel et règlement collectifs par exemple).

Les appels de cotisations peuvent être faits par tout organisme à qui la Mutuelle aurait donné mandat pour ce faire ou directement par les organismes dont les garanties sont incluses du fait des présentes, ainsi qu'indiqué à l'article 1.6. ci-avant.

1.8 LES COTISATIONS SONT RÉVISABLES ANNUELLEMENT

Dans ce cas l'Adhérent peut dénoncer son adhésion par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, adressée à la Mutuelle au plus tard le 31 octobre pour une prise d'effet au 31 décembre.

À défaut pour l'Adhérent d'avoir dénoncé son adhésion dans le délai ci-dessus, il est réputé avoir accepté les nouvelles cotisations.

En outre, la Mutuelle peut procéder à un rappel de cotisation en cours d'année en cas de survenance d'une situation particulière qui l'imposerait.

1.9 Dans le cas où des prestations auraient été versées à tort à l'Adhérent ou à ses ayants droit ou à un professionnel de santé dans le cadre du tiers payant, la Mutuelle pourra récupérer les sommes indûment perçues par tous moyens de droit ainsi que par compensation sur les prestations à venir. Elle pourra en outre recourir à tous moyens de droit mis à sa disposition en cas d'utilisation illégitime de la carte de Tiers payant ou de tout autre document ayant permis d'obtenir par cette utilisation, le versement de prestations indues.

Il est précisé que l'utilisation d'une carte de tiers payant par un Adhérent non à jour de ses cotisations est illégitime.

1.10 La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'Adhérent, ou à son ayant droit, victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce **dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées**, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue, la part d'indemnité de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la Mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

1.11 L'Adhérent doit communiquer à la Mutuelle tout changement qui pourrait intervenir dans son état civil, sa situation familiale, sa situation vis-à-vis du régime obligatoire, la perte de son statut de travailleur indépendant, sa cessation d'activité, son adresse, ses coordonnées bancaires etc. par courrier mentionnant son numéro d'immatriculation au régime obligatoire et les pièces justificatives du changement (certificat de naissance, de mariage, décès, etc). Dans le cas contraire, le paiement des prestations pourra être retardé ou interrompu.

1.12 DES AYANTS DROIT DES MEMBRES DE LA MUTUELLE

1.12.1 - Des enfants mineurs de membres Participants

Les enfants des membres Participants ne peuvent être Adhérents de la Mutuelle au sens de membre Participant qu'au-delà de leur seizième anniversaire et s'ils en font la demande.

Jusqu'à l'âge de dix-huit ans, les enfants des membres Participants peuvent toutefois bénéficier, en qualité d'ayant droit de ces derniers, de certaines prestations de la part de la Mutuelle dans la mesure où ils auront expressément été affiliés par le membre Participant.

Ainsi que stipulé à l'article 1.12.2 ci-après, **la limite d'âge de 18 ans** visée à l'alinéa précédent est portée à 25 ans pour tous les descendants majeurs d'un membre participant DONT ILS SONT FISCALEMENT À CHARGE.

Les mineurs orphelins de père et mère qui avaient la qualité d'ayant droit de l'un de leurs parents, et à ce titre, étaient bénéficiaires de garanties au titre du contrat, pourront, sur option expresse du représentant légal et, le cas échéant, du Juge des Tutelles, conserver le bénéfice des prestations jusqu'à ce qu'ils atteignent l'âge de dix-huit ans, sous réserve que leur représentant légal acquitte chaque année les cotisations afférentes. Ce maintien de couverture ne confère pas au mineur bénéficiaire la qualité de membre Participant et les droits qui y sont attachés. En conséquence, il ne pourra participer aux Assemblées générales de la Mutuelle, ni être éligible au Conseil d'administration.

1.12.2 - Des enfants majeurs de membres Participants

Sauf les dérogations visées à l'article 1.12.1 ci-avant, les enfants de membres Participants âgés de plus de dix-huit ans ne peuvent conserver la qualité d'ayant droit d'un membre Participant et doivent, pour bénéficier des prestations de la Mutuelle adhérer à titre personnel au Règlement mutualiste proposé par la Mutuelle pour les adhésions individuelles et dans les conditions mentionnées dans celui-ci. Ils acquièrent alors la qualité de membre Participant de la Mutuelle.

Toutefois, les enfants déjà bénéficiaires de droits auprès de la Mutuelle en qualité d'ayant droit avant l'âge de dix-huit ans ET demeurant à la charge fiscale d'un membre Participant, sauf choix inverse et exprès de leur part, conservent la qualité d'ayant droit de ce membre Participant, et ce, jusqu'à leur vingt-cinquième anniversaire révolu au plus tard.

À compter de cette date, ils ne pourront continuer à bénéficier de prestations de la Mutuelle que dans la mesure où ils y adhéreront à titre personnel.

Les intéressés, qu'ils soient Adhérents à titre personnel ou ayants droit d'un membre Participant, ne peuvent bénéficier que de prestations afférentes aux garanties liées au remboursement de médicaments, traitements, soins et hospitalisations, régies par le titre II de la présente notice, à l'exclusion de toutes autres et notamment des garanties directement ou indirectement liées à l'exercice du métier du membre Participant (garanties prévoyance, frais professionnels, etc...).

1.12.3 - Des veufs ou veuves ou conjoints séparés ou divorcés de membres Participants

Ainsi qu'indiqué dans les Statuts de la Mutuelle, les veufs ou veuves ou conjoints séparés ou divorcés de membres Participants peuvent solliciter, par une adhésion expresse en ce sens au contrat ou au Règlement mutualiste proposé par la Mutuelle pour les adhésions individuelles et dans les conditions mentionnées dans celui-ci, la qualité d'Adhérents de la Mutuelle et devenir ainsi, à leur tour, membres Participants.

Les intéressés, qu'ils soient Adhérents à titre personnel ou ayants droit d'un membre Participant, ne peuvent bénéficier que de prestations afférentes aux garanties liées au remboursement de médicaments, traitements, soins et hospitalisations, régies par le titre II de la présente notice, à l'exclusion de toutes autres et notamment des garanties directement ou indirectement liées à l'exercice du métier du membre Participant (garanties prévoyance, frais professionnels, etc...).

1.12.4 - Carte adhérent

Chaque année, la Mutuelle ou l'organisme gestionnaire du tiers-payant envoie à l'Adhérent une carte de tiers payant indiquant les garanties souscrites et le niveau de couverture donnant lieu à tiers payant. Il est envoyé une seule carte par adulte par an inscrit à la Mutuelle. Aucune carte n'est envoyée pour les enfants mineurs.

Les modifications intervenant en cours d'année dans la situation de famille et/ou le niveau de couverture entraînent l'édition d'une nouvelle carte de tiers-payant pour l'adhérent et l'ensemble de ses ayants droit adulte.

1.13 Nonobstant tout autre motif grave et toutes dispositions statutaires ou réglementaires complémentaires, tout Adhérent peut être suspendu ou exclu de la Mutuelle pour des griefs d'une gravité exceptionnelle incompatibles avec l'esprit d'entraide, de solidarité, d'éthique et de développement familial de la Mutuelle et de ses membres, ladite suspension ou exclusion entraînant de droit, respectivement, la suspension ou la résiliation des garanties visées aux présentes.

En pareil cas, le Conseil d'Administration ne peut prendre une décision de suspension ou d'exclusion et résiliation qu'après que l'Adhérent concerné ait été mis en mesure de s'exprimer devant le Conseil d'Administration.

La même procédure est applicable en cas de décision de l'Ordre des Médecins ou de l'Ordre de la Profession de santé de l'Adhérent concerné passée en force de chose jugée d'interdiction ou de suspension d'autorisation d'exercer du membre Participant concerné pour une raison autre qu'une raison de santé ou d'incapacité temporaire ou permanente.

En ce cas, la suspension ou l'exclusion et la résiliation ne peuvent intervenir pour une durée supérieure à celle de la sanction prise par le Conseil de l'Ordre.

1.14 PROTECTION DES DONNÉES

Le responsable de traitement est la Mutuelle.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à gérer les adhésions et les relations avec les adhérents et, le cas échéant, leurs bénéficiaires ou ayants droit en exécution du contrat; ce traitement informatique permet aussi la diffusion des propositions commerciales, informations et animations de la part de la Mutuelle avec votre consentement.

Les données à caractère personnel dont la communication est obligatoire à la gestion de votre contrat et des prestations associées sont indiquées comme telles. Les données relatives à votre santé recueillies seront exclusivement traitées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat et ce, avec votre consentement.

L'Adhérent est informé que sans ces données à caractère personnel, la Mutuelle ne sera pas en mesure d'exécuter votre contrat.

Les données recueillies sont conservées pendant la durée de la relation contractuelle. Au terme de celle-ci, les données personnelles permettant d'établir la preuve d'un droit ou d'un contrat ou conservées au titre du respect d'une obligation légale sont archivées conformément aux dispositions en vigueur (prescriptions légales).

Dans le cadre de ses obligations légales, la Mutuelle met également en œuvre des traitements de données à caractère personnel ayant pour finalité :

- La lutte contre la fraude pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude;
- La lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières.

Les données traitées pour les finalités précitées sont conservées conformément aux durées prescrites par la Commission nationale de l'informatique et des libertés dans les normes émises pour le secteur de l'assurance-mutuelle pour lesquelles la Mutuelle a réalisé un engagement de conformité.

Les destinataires des données sont le personnel de la Mutuelle et ses mandataires (Caisse de Sécurité Sociale, etc.), étant rappelé que les seuls destinataires des données relatives à la santé sont le médecin conseil de la Mutuelle et le personnel expressément habilité par ce dernier; ainsi que le cas échéant, les partenaires contractuels et institutionnels de la Mutuelle en fonction des choix exprimés et modifiables sur demande.

Ont enfin accès aux données, les destinataires mentionnés dans les normes émises pour le secteur de l'assurance-mutuelle par la Commission nationale de l'informatique et des libertés pour lesquelles la Mutuelle a réalisé un engagement de conformité.

Les données de santé à caractère personnel sont hébergées conformément à l'article L. 1111-8 du Code de la santé publique au sein de notre établissement ou d'un établissement dûment autorisé (agréé ou certifié).

Conformément à la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel, les adhérents et leurs bénéficiaires ou ayants droit bénéficient, dans les conditions définies par cette celle-ci, d'un droit d'accès, d'un droit de rectification, d'un droit à l'effacement (droit à l'oubli), d'un droit d'opposition, d'un droit à la limitation du traitement et d'un droit à la portabilité. Il est toutefois rappelé que l'exercice du droit d'opposition peut empêcher la souscription ou l'exécution des présentes garanties. Les adhérents peuvent également définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs données à caractère personnel après leur décès. Ils disposent en outre du droit de définir des directives générales et particulières sur le sort de leurs données après leurs décès.

Ils peuvent exercer leurs droits en s'adressant à : La Mutualité Familiale du Corps Médical Français, Délégué à la protection des données – 34, bd de Courcelles, 75809 Paris Cedex 17 – dpo@gpm.fr, en joignant la copie de sa pièce d'identité. En cas de réclamation, ils peuvent choisir de saisir la CNIL.

Ils disposent, en outre, d'un droit d'inscription sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique qu'ils peuvent exercer sur www.bloctel.gouv.fr.

1.15 La Mutuelle est régie par le Code de la Mutualité et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR – 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09).

1.16 Toutes les actions dérivant des opérations visées par les présentes, régies par le titre II du livre II du Code de la Mutualité, se prescrivent, sauf dispositions de l'article L 221-11 dernier alinéa dudit code, par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois et conformément à l'article L 221-11 précité, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;
- 2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union 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 le membre participant ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci ».

Enfin, dans certaines situations particulières, listées à l'article L 221-11, le délai de prescription peut être porté à dix, voire trente ans.

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription telles que définies par les articles 2240 et suivants du Code civil :

- reconnaissance par une des parties du droit de l'autre partie,
- demande en justice, même en référé,
- acte d'exécution forcée.

La prescription est également interrompue dans les cas ci-après :

- désignation d'expert à la suite d'un sinistre,
- envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception (par la Mutuelle au membre participant en ce qui concerne le paiement de la prime ; par le membre participant à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement de la prestation).

1.17 Outre les dispositions de la Loi et des Statuts, tout membre Participant bénéficiaire de prestations ou susceptible de l'être, s'oblige à respecter les dispositions des Règlements mutualistes, Contrats collectifs gérant les garanties dites « en inclusion » et Notices y attachées afférents à chaque risque couvert ou garantie à laquelle il a adhéré.

1.18 Dans le cadre d'envoi de correspondance par voie postale, la date à prendre en compte est celle du cachet postal. À défaut de pouvoir en justifier, la date opposable aux parties est présumée figurant sur la lettre concernée.

1.19 DÉMATÉRIALISATION

L'adhérent accepte expressément de recevoir les informations précontractuelles émanant de la Mutuelle par voie électronique. À défaut, ces informations précontractuelles lui sont remises au format papier.

L'adhérent est expressément informé que les informations, documents contractuels et l'ensemble des pièces y afférentes adressés au cours de l'exécution du contrat lui seront transmis par voie électronique, sauf opposition.

L'adhérent est expressément informé qu'il peut s'opposer à l'utilisation de la voie électronique lors de la conclusion du contrat ou à tout moment au cours de son exécution.

L'adhérent est expressément informé qu'il peut, sans frais, à tout moment et par tout moyen, demander l'utilisation du support papier pour la transmission des informations et documents précités.

L'adhérent, qui a souscrit à un service fourni exclusivement par voie électronique par la Mutuelle, est expressément informé qu'il ne peut pas s'opposer à l'utilisation de la voie électronique lors de la conclusion du contrat ou à tout moment au cours de son exécution, ni demander que le support papier soit utilisé pour la poursuite de la relation contractuelle.

L'adhérent est expressément informé de l'usage, dans le cadre de l'exécution du contrat souscrit avec la Mutuelle, de lettres recommandées par voie électronique.

Si l'adhérent et le payeur de primes utilisent la même adresse électronique, chacun déclare avoir un accès à ladite adresse électronique et lesdits adhérents et payeurs de primes se donnent pouvoir réciproque pour retirer la lettre recommandée électronique éventuelle.

L'adhérent reconnaît et garantit qu'il dispose de la maîtrise exclusive de l'adresse électronique qu'il a indiquée, tant pour son accès et sa gestion que la confidentialité et la sécurité des identifiants et mots de passe qui lui permettent d'y accéder. L'adhérent s'engage à notifier à l'organisme assureur sans délai toute perte ou usage abusif de ses identifiants et mots de passe. Jusqu'à la date de réception d'une telle notification, toute action effectuée par l'adhérent au travers de son adresse électronique sera réputée effectuée par l'adhérent et relèvera de la responsabilité exclusive de ce dernier.

Par suite, l'adhérent reconnaît qu'il lui appartiendra de s'assurer, sous sa seule responsabilité, qu'il sera en mesure de recevoir, télécharger et éventuellement imprimer les pièces jointes des messages électroniques qui lui seront adressées sous format imprimable.

Chaque utilisation de son compte personnel par l'adhérent constitue l'acceptation de la dernière version de la convention d'utilisation du site adhérent, disponible sur le compte personnel de l'adhérent en format imprimable.

Convention sur la preuve

L'adhérent reconnaît à l'écrit sur support électronique la même force et valeur probante que l'écrit sur support papier.

L'adhérent reconnaît expressément et accepte que la preuve des opérations réalisées sur le site adhérent soit rapportée par tout support durable constatant lesdites opérations. L'adhérent s'engage à reconnaître comme support durable, notamment : le papier, les clés USB, les cartes à mémoire, les disques durs d'ordinateur, les courriels, ainsi que tout autre instrument permettant de conserver les informations d'une manière qui permet de s'y reporter aisément pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées et qui permet la reproduction identique desdites informations.

En conséquence, l'adhérent reconnaît et accepte expressément que les informations, documents contractuels et l'ensemble des pièces y afférents puissent être établis et conservés sur tout support durable.

Les informations précontractuelles et les documents contractuels dématérialisés sont disponibles dans son Espace Adhérent dans un délai de 24 heures.

L'Adhérent reconnaît expressément et accepte :

- L'enregistrement de sa navigation sur l'Espace Adhérent, et notamment ses « clics » de souris ou autre périphérique, comme mode de preuve des obligations souscrites via l'Espace Adhérent ;
- Que ces enregistrements effectués par la Mutuelle ont pleine valeur probante à son égard ;
- Qu'en cochant la case libellée « J'accepte de recevoir les informations précontractuelles, émanant de la Mutuelle par voie électronique. », il accepte la dématérialisation desdits documents.
- Qu'en ne cochant pas la case libellée « Je n'accepte pas de recevoir les informations, courriers de gestion, documents contractuels et pièces y afférentes émanant de la Mutuelle par voie électronique » il accepte la dématérialisation desdits documents.
- Que toute opération effectuée, après s'être authentifié avec son mot de passe sur son Compte Personnel accessible sur l'Espace Adhérent, est réputée effectuée par lui-même.

TITRE II

GARANTIE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

ARTICLE 2

MODALITÉS DU BÉNÉFICE DES PRESTATIONS

2.1 Le bénéfice des prestations est ouvert aux Adhérents, membres Participants de la Mutuelle, pour leur propre bénéfice et celui de leurs ayants droit au sens de l'article 1.12 de la présente notice, **dans la limite des options souscrites par lesdits Adhérents pour eux-mêmes et pour leurs ayants droit.**

2.2 On distingue les Participants Étudiants, les Participants Actifs et les Participants Seniors, ci-après, ensemble, les « PARTICIPANTS ».

Les Participants Étudiants sont les étudiants suivant des études visant à accéder à la profession de médecin ou l'une des professions de santé visées aux statuts qui ont adhéré à la Mutuelle avant leur 34^e anniversaire, et qui sont âgés de moins de 35 ans. Les Participants Étudiants peuvent adhérer à l'offre Étudiant de la Mutuelle. À compter de leur 35^e anniversaire, les Participants Étudiants deviennent Participants Actifs, sous réserve d'être toujours Adhérent de la Mutuelle.

Les Participants Actifs sont ceux des membres Participants et leurs ayants droit qui ont adhéré à une des options complémentaire santé de la Mutuelle avant l'âge de 60 ans (date anniversaire) et n'ont pas interrompu leur adhésion à l'une des options de complémentaire santé de la Mutuelle depuis lors, ainsi que les Participants Étudiants qui maintiennent leur adhésion à la Mutuelle après 35 ans, devenant alors Participants Actifs, et n'ont pas interrompu leur adhésion à l'une des options de complémentaire santé de la Mutuelle depuis lors.

Les Participants Seniors sont tous les Adhérents et leurs ayants droit non qualifiés de Participants Actifs ayant adhéré à une option complémentaire santé de la Mutuelle.

Par exception, le membre Participant ou l'ayant droit d'un membre Participant, qui a résilié la garantie complémentaire santé de la Mutuelle pour adhérer à un régime complémentaire santé obligatoire en application d'un acte de droit du travail, qui décide d'adhérer à nouveau à la couverture complémentaire santé de la Mutuelle lorsqu'il ne bénéficie plus du contrat collectif obligatoire, ne sera pas considéré comme ayant interrompu son adhésion à la Mutuelle, pour l'application des alinéas ci-dessus, sous réserve de la présentation d'un justificatif de l'adhésion obligatoire à une autre couverture complémentaire santé pendant toute la période de non adhésion à la Mutuelle.

Les garanties proposées aux Participants Actifs et aux Participants Seniors sont les mêmes mais le tarif des couvertures de complémentaire santé est différent.

2.3 Les garanties complémentaires santé ne sont ouvertes qu'aux Adhérents et à leurs ayants droit bénéficiant soit directement, soit en qualité d'ayant droit, d'un régime de base obligatoire d'Assurance Maladie français (salariés ou travailleurs non-salariés). Les Adhérents et leurs ayants droit sont nommés ci-après, les « Bénéficiaires ».

Le remboursement des dépenses de santé par la Mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective des Bénéficiaires, après intervention des remboursements de toute nature par tous organismes obligatoires ou complémentaires.

Conformément aux dispositions de l'article 2 du décret n° 90-769 du 30 août 1990 pris en application de l'alinéa 2 de l'article 9 de la loi dite « Évin » n° 89-1009 du 31 décembre 1989, lorsque des garanties de même nature sont contractées auprès de plusieurs organismes assureurs, elles produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Dans les rapports entre organismes assureurs, la contribution de chacun d'eux est déterminée en appliquant, au montant des frais à la charge de l'assuré ou du membre participant, le rapport existant entre l'indemnité que chaque organisme assureur aurait versée s'il avait été seul et le montant cumulé des indemnités qui auraient été à la charge de chaque organisme assureur s'il avait été seul.

Sauf cas particuliers explicitement visés dans le tableau des prestations, **la Mutuelle n'intervient qu'en complément des remboursements d'un régime obligatoire d'assurance maladie français. Ainsi, une prestation n'ayant pas fait l'objet d'un remboursement par un régime obligatoire d'assurance maladie français ne sera pas remboursée par la Mutuelle**; c'est notamment le cas des frais exposés au premier euro à l'étranger pour lesquels seuls une intervention au titre de l'assistance est prévue (voir annexe 5.3).

2.4 Le droit aux prestations débute à la date de prise d'effet de l'adhésion sous réserve des délais d'attente mentionnés ci-après. Les soins ou prestations de santé qui interviennent avant la fin du délai d'attente ne peuvent donner lieu à aucun remboursement de la part de la Mutuelle.

Les délais d'attente s'appliquent Bénéficiaire par Bénéficiaire.

Il n'y a aucun autre délai d'attente à l'exception des implants pour lesquels les délais d'attente sont de douze mois après l'adhésion quelle que soit la garantie souscrite;

Les délais d'attente ci-dessus **pour les implants** ne sont cependant pas appliqués si le Bénéficiaire justifie avoir été Adhérent d'un autre organisme assureur pour un risque identique et un niveau de prestations au moins égal à celui de l'option choisie au titre de son adhésion au contrat pendant au moins les douze mois consécutifs ayant précédé son adhésion à la Mutuelle pour la garantie concernée.

La preuve de cette couverture antérieure sera considérée comme apportée, par la production dans les trois mois de son adhésion à la garantie visée aux présentes, un certificat de radiation de son ancien organisme assureur avec une mention de fin de droit au titre de cette dernière à effet au plus tôt soixante jours avant son adhésion à la garantie concernée de la Mutuelle.

Les délais d'attente sont également supprimés :

- pour l'Adhérent et/ou son conjoint âgé de moins de 30 ans au moment de l'adhésion ;
- lors de l'inscription d'un enfant de l'Adhérent dans les douze mois suivant sa naissance ou son adoption ;
- lors de l'inscription du conjoint de l'Adhérent dans les douze mois suivant la date du mariage civil.

2.5 L'adjonction d'une couverture sur-complémentaire sera réalisée par l'adhésion à un Règlement mutualiste proposé par la Mutuelle, et dans les conditions mentionnées dans celui-ci.

ARTICLE 3

PROCÉDURE DE DEMANDE DE PRESTATIONS

3.1 Les demandes des prestations doivent intervenir au plus tard dans un délai de deux années à compter de l'événement qui y a donné naissance.

Les réclamations auprès de la Mutuelle peuvent être formulées au plus tard dans un délai de six mois, à compter de la date de la fourniture de la prestation ou de son refus par la Mutuelle.

Les délais ci-dessus sont mentionnés sans préjudice du délai légal de prescription visé à l'article 1.16. ci-avant.

Lorsque l'Adhérent ne perçoit pas les prestations découlant d'informations par télétransmission à la Mutuelle, quel que soit le motif, il doit, pour obtenir un remboursement, envoyer directement à la Mutuelle la demande de prestation accompagnée des pièces justificatives nécessaires. Le délai de deux années mentionné ci-dessus est également applicable dans ce cas de figure.

3.2 Les demandes de prestations doivent exposer leur nature et leur qualification et être accompagnées de toutes pièces justificatives demandées par la Mutuelle en fonction de l'acte concerné et notamment :

- les originaux des décomptes des régimes de base de Sécurité Sociale mentionnant les remboursements déjà effectués pour les prestations concernées ; aucune copie n'est acceptée ;
- l'original de la facture acquittée et le double de l'ordonnance portant les noms et prénoms du malade ;
- toutes pièces utiles demandées par la Mutuelle pour justifier le remboursement.

À titre d'information, les principales pièces nécessaires au remboursement en fonction de la nature de la prestation et des caractéristiques du bénéficiaire sont précisées dans le tableau en Annexe. La Mutuelle se réserve le droit de demander des pièces complémentaires en fonction de l'acte concerné afin d'en déterminer l'effectivité et la nature pour apprécier son caractère remboursable et, dans l'affirmative, les modalités de sa prise en charge.

Les prestations de tous les Bénéficiaires sont versées exclusivement au membre Participant dont ils sont les ayants droit.

3.3 La non fourniture par l'Adhérent de la totalité des pièces demandées par la Mutuelle ou le gestionnaire de tiers payant, deux mois après l'envoi d'une notification, en ce sens à l'Adhérent, pour lui-même ou pour ses ayants droit, est considérée comme une renonciation définitive de ce dernier au bénéfice de la prestation concernée, tant pour lui-même que pour les Bénéficiaires qui sont ses ayants droit.

La Mutuelle a pour seul interlocuteur et destinataire le membre Participant, tant pour lui-même que pour les Bénéficiaires qui sont ses ayants droit.

ARTICLE 4

COTISATIONS

4.1 COTISATION ANNUELLE

La cotisation annuelle est calculée de manière à permettre à la Mutuelle de couvrir les coûts directs et indirects découlant du service des prestations visées à la présente notice.

La cotisation annuelle comporte une cotisation finançant les prestations en inclusion (cotisation mutualiste) (i) et une cotisation individualisée pour chaque Bénéficiaire (cotisation prestation (ii)) :

i) La cotisation mutualiste

La cotisation mutualiste est due par chaque Adhérent.

Elle permet de bénéficier des avantages décrits à l'article 7 de la présente notice.

ii) La cotisation-prestation

La cotisation-prestation ouvre droit aux garanties complémentaires santé (article 5) souscrites. Elle varie en fonction de la situation, de l'âge à chaque date anniversaire de chaque Bénéficiaire et/ou de son âge au moment de l'adhésion.

Elle ouvre en outre, le droit à bénéficier des prestations et services suivants, décrits à l'article 8 :

- tiers payant ;
- services Carte blanche – assistance.

Les cotisations-prestations diffèrent selon qu'il s'agit de Participants Actifs ou Seniors et dépendent du nombre de Bénéficiaires, de leur âge et des options de prestations retenues, selon les barèmes ci-après.

La cotisation-prestation des enfants est une cotisation forfaitaire calculée en fonction de l'option choisie par l'Adhérent. Elle est gratuite à compter du 3^e enfant inscrit à la Mutuelle, celle des deux premiers enfants étant identique quel que soit l'âge des enfants.

La cotisation-prestation de chaque Adhérent est égale au total des cotisations-prestations dues pour chaque Bénéficiaire, incluant l'Adhérent lui-même et ses ayants-droit, et de la cotisation des services santé, selon les barèmes et options indiqués en Annexes.

4.2 TARIF COMPLÉMENTAIRE SANTÉ APPLICABLE AUX PARTICIPANTS ACTIFS ET SENIORS

Le tarif de la garantie MDM Santé Digitale est joint en Annexe 1.

Le tarif est établi par âge et augmente chaque année sur la base de l'évolution des consommations médicales et des résultats techniques. Le tarif Seniors est majoré du fait de l'adhésion à la Mutuelle après 60 ans qui réduit la durée pendant laquelle l'Adhérent participe à la mutualisation.

ARTICLE 5

PRESTATIONS FOURNIES AU TITRE DE LA GARANTIE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Les articles L 871-1 du code de la sécurité sociale (modifié par LOI n° 2014-892 du 8 août 2014 - art. 14) et R 871-1 et 2 (modifiés par le DÉCRET n° 2014-1374 du 18 novembre 2014) définissent le contenu des dispositifs d'assurance maladie complémentaire ouvrant droit au bénéfice d'une aide (dit « contrat responsable »).

Les instances compétentes ont décidé que la garantie complémentaire santé MDM Santé Digitale rentre dans cette catégorie et, à ce titre, doit respecter les caractéristiques réglementaires qui prévoient notamment les dispositions suivantes :

- **restrictions dans le remboursement des prestations : non prise en charge par la Mutuelle de la majoration du ticket modérateur hors parcours de soins ainsi que des dépassements d'honoraires autorisés hors parcours de soins ;**
- obligation de prise en charge les prestations précisées par décret dans le cadre du parcours de soins ainsi que le ticket modérateur pour l'ensemble des soins de ville et les frais d'hospitalisation pris en charge par l'assurance maladie (y compris de prévention) ;
- **limitation des dépassements d'honoraires pour les consultations et actes réalisés par les médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS) ou à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM, OPTAM-CO) ;**
- encadrement des remboursements des lunettes et limitation à un équipement (2 verres + 1 monture) par période de deux ans à compter de la date d'acquisition, sauf changement de correction et pour les mineurs, cas pour lesquels la limitation est par période de 1 an.

Par ailleurs, sera en outre déduite systématiquement des remboursements, la participation forfaitaire et les franchises médicales à charge des adhérents visées à l'article L 322-2 du code de la sécurité sociale.

TITRE III

PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES

ARTICLE 6

NATURE DES PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Il s'agit :

- d'une part des prestations ou autres avantages dont bénéficient tous les membres Participants, ci-après les « Avantages » ;
- et d'autre part des prestations ou services dont bénéficient les Bénéficiaires, en sus de la garantie complémentaire santé, du seul fait de l'adhésion à cette garantie, ci-après les « Services Santé ».

Conformément à l'article 1.6, la Mutuelle se réserve le droit de mettre un terme à tout moment et sans préavis à tout avantage ou Service Santé visé au présent titre ou d'en ajouter de nouveaux.

La Mutuelle n'encourt aucune responsabilité dans le cadre de la fourniture de ces avantages, dès lors qu'ils sont fournis par un tiers dans le cadre de contrats collectifs en inclusion ou Services Santé.

Le droit aux Avantages en vertu du contrat prend effet à la date d'adhésion à la garantie visée à la présente notice, sous réserve des délais d'attente éventuels propres à chacun de ces avantages.

Le droit aux Services Santé prend effet à la date d'adhésion à la garantie complémentaire santé, sous réserve des délais d'attente éventuels propres à chaque Service Santé.

ARTICLE 7

LES AVANTAGES

7.1 CAISSE D'ENTRAIDE

Il s'agit de secours susceptibles d'être alloués à un membre Participant de la Mutuelle en cas de circonstances graves et spécifiques, dans les conditions fixées à l'article 3 in fine des statuts de la Mutuelle.

Ainsi, notamment, le Bureau de la Mutuelle a la possibilité, à titre exceptionnel, et sur décision dûment motivée et fondée sur un contexte particulier et personnel touchant un membre Participant ou ses ayants droit, ayant adhéré ou bénéficiant du contrat, ou une catégorie de ces membres Participants ou de leurs ayants droit, ou une garantie spécifique, relevant de la présente notice, de réduire ou renoncer à un délai d'attente visés à l'article 2 ci-avant ou d'aménager le paiement d'une cotisation, voire son montant, ou d'allouer un secours exceptionnel.

7.2 PRESTATION OBSÈQUES

La Mutuelle a conclu, dans le cadre des dispositions de l'article 1.6 ci-avant, un contrat collectif pour le paiement d'une prestation obsèques en cas de décès d'un membre Participant.

Cette prestation en inclusion bénéficie à tous les Adhérents de la Mutuelle.

Ce contrat permet le versement d'une allocation forfaitaire **limitée au montant réellement exposé pour le financement des obsèques d'un membre Participant**. L'allocation est versée à la personne ayant pris en charge les obsèques sur présentation de l'original de la facture acquittée. Le montant de l'allocation et les conditions de versement sont précisés dans la notice établie par l'organisme assureur de cette prestation.

Les délais d'attente sont de douze mois pour la prestation obsèques pour tous les bénéficiaires.

Conformément aux articles L 141-4 du code des assurances et 5.2. des statuts, la notice d'information relative à ce contrat figure en Annexe de la présente notice.

7.3 CONTRAT DÉPENDANCE

La Mutuelle met en place dans le cadre des dispositions de l'article 1.6. ci-avant, un contrat collectif, actuellement souscrit par la Mutuelle auprès de CNP Assurances, ouvrant aux Adhérents la possibilité de bénéficier d'une prestation viagère en cas de dépendance dans les conditions visées à la notice établie par CNP Assurances, ou celles qui s'y substitueraient.

Cette prestation en inclusion bénéficie à tous les Adhérents de la Mutuelle.

Conformément aux articles L 141-4 du code des assurances et 5.2. des statuts, la notice d'information relative à ce contrat figure en Annexe de la présente notice.

ARTICLE 8

LES SERVICES SANTÉ

8.1 ASSISTANCE

La Mutuelle a conclu, dans le cadre des dispositions de l'article 1.6. ci-avant, des contrats collectifs d'assistance au profit de ses Adhérents.

Cet accord permet l'accès à l'ensemble des services visés à la notice du contrat collectif, ou à ceux qui s'y substitueraient dans la notice concernée.

Conformément aux articles L 141-4 du code des assurances et 5.2. des statuts, la notice assistance figure en annexe 6.3 de la présente notice.

8.2 PLATEFORME SANTÉ

La Mutuelle met en place, dans le cadre des dispositions de l'article 1.6. ci-avant, par souscription auprès d'un organisme fournissant cette prestation, un contrat collectif de plateforme santé au profit de ses Adhérents.

Cet accord permet l'accès à l'ensemble des services visés à la notice de Carte blanche ou à ceux qui s'y substitueraient.

TITRE IV

TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS

ARTICLE 9

DÉFINITION DES RÉCLAMATIONS

Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement d'un Adhérent ou d'un ayant droits envers la Mutuelle ou les partenaires de la Mutuelle pour un produit ou un service mis à la disposition de l'Adhérent par la Mutuelle. Une demande d'information, une demande de service ou de prestations ou une demande de précision n'est pas une réclamation.

La Mutuelle a défini une procédure spécifique indiquée ci-après afin de faciliter le traitement des réclamations.

ARTICLE 10

PROCÉDURE ET DÉLAIS DE TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS

10.1 COMMENT EFFECTUER UNE RÉCLAMATION

Les réclamations visant la présente notice ou son exécution peuvent être effectuées ainsi qu'il suit :

- par téléphone directement auprès d'un responsable au siège de la Mutuelle :
Tél. : 01 40 54 54 41/Fax GPM: 01 40 54 54 98
- par courriel : reclamation@gpm.fr.
- par lettre simple ou recommandée au nom de :

Service Réclamation
Mutuelle Familiale du Corps Médical Français
34 boulevard de Courcelles
75809 Paris CEDEX 17

Quel que soit le sujet de la réclamation, nous vous invitons à préciser :

- la nature exacte de la réclamation
- le numéro du contrat concerné
- votre adresse et votre état civil complet (nom de famille et nom d'usage)
- vos date et lieu de naissance (ou ceux du ou des Bénéficiaires concernés)
- toute autre référence portée à votre connaissance : numéro de compte individuel, numéro de dossier en cours

Il est également recommandé de joindre à votre réclamation la copie des documents nécessaires à la bonne compréhension de la réclamation, sans vous démunir des originaux des pièces envoyées et en conservant une copie de vos demandes et des réponses qui vous sont faites.

10.2 DÉLAIS DE TRAITEMENT DE VOTRE RÉCLAMATION

La Mutuelle s'engage à accuser réception de la réclamation dans un délai qui n'excèdera pas 10 jours ouvrés. Elle s'efforce, par ailleurs, à donner une réponse écrite à toute réclamation dans un délai qui n'excèdera pas deux mois.

L'adhérent sera informé du déroulement du traitement de sa réclamation, notamment lorsque, en cas de survenance de circonstances particulières, les délais sur lesquels la Mutuelle s'est engagée ne peuvent pas être respectés.

Pour le cas où le traitement de votre réclamation ne vous donnerait pas satisfaction, les voies d'une médiation facultative sont exposées ci-après.

ARTICLE 11

MÉDIATION DE L'ASSURANCE

En cas de d'épuisement des voies internes à votre réclamation et si aucune solution n'a pu être trouvée, vous pouvez faire appel à la médiation. Le recours au médiateur est gratuit.

Attention, aucune action judiciaire ne doit avoir été engagée.

Le médiateur rend un avis dans un délai de deux mois. Vous avez le choix de suivre ou non cet avis, et restez ensuite libre de saisir le tribunal.

La Mutuelle a recours aux médiateurs de :

La Médiation de l'Assurance

TSA 50 110
75 441 Paris CEDEX 09

Vous pouvez saisir :

- en ligne le Médiateur en complétant un formulaire de saisine sur le site de la Médiation de l'Assurance : <http://www.mediation-assurance.org>.
- ou, envoyer un dossier écrit à l'adresse postale, comportant les informations suivantes : le nom de l'assureur : « Mutuelle du Médecin », les dates des principaux événements à l'origine du différend et un bref résumé du litige, les décisions ou réponses de la Mutuelle du Médecin qui sont contestées, la photocopie des courriers échangés, le numéro du contrat d'assurance et celui du dossier en cas de sinistre.

ANNEXES À LA NOTICE

ANNEXE 1

PRESTATIONS ET COTISATIONS COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

ANNEXE 1.1	PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRE SANTÉ MDM SANTÉ DIGITALE	Page 20
ANNEXE 1.2	COTISATIONS COMPLÉMENTAIRE SANTÉ MDM SANTÉ DIGITALE	Page 27

ANNEXE 2

COTISATION MUTUALISTE

ANNEXE 2	COTISATION MUTUALISTE	Page 29
-----------------	---------------------------------	---------

ANNEXE 3

COTISATION DES SERVICES SANTÉ

ANNEXE 3	COTISATION DES SERVICES SANTÉ	Page 30
-----------------	---	---------

ANNEXE 4

PRINCIPALES PIÈCES NÉCESSAIRES AU REMBOURSEMENT

ANNEXE 4	PRINCIPALES PIÈCES NÉCESSAIRES AU REMBOURSEMENT	Page 30
-----------------	---	---------

ANNEXE 5

NOTICE DES CONTRATS COLLECTIFS OUVRANT DROIT AUX GARANTIES EN INCLUSION VISÉES À L'ARTICLE 1.6. DE LA NOTICE

ANNEXE 5.1	NOTICE PRESTATIONS OBSÈQUES	Page 32
ANNEXE 5.2	NOTICE DÉPENDANCE	Page 34
ANNEXE 5.3	ASSISTANCE À COMPTER DU 1 ^{ER} JUILLET 2018	Page 36

ANNEXE 6

EXERCICE DU DROIT DE RENONCIATION PRÉVU À L'ARTICLE 1.3

ANNEXE 6	EXERCICE DU DROIT DE RENONCIATION PRÉVU A L'ARTICLE 1.3	Page 63
-----------------	---	---------

ANNEXE 1

PRESTATIONS ET COTISATIONS COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

« MDM Santé Digitale »

La présente garantie est souscriptible en ligne à compter du 1^{er} juillet 2018.

ANNEXE 1.1 PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRE SANTÉ MDM SANTÉ DIGITALE

Important: Au-delà des actes listés ci-dessous, l'intervention de la Mutuelle ne porte que sur les actes pris en charge par la Sécurité sociale.

Les garanties offertes dans le cadre de la présente annexe satisfont aux exigences des contrats « responsables », telles que prévues aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale, en ce qu'elles incluent la prise en charge du « ticket modérateur » dans son intégralité, sur les consultations, actes et prestations y compris de prévention, faisant l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale, ainsi que du forfait journalier hospitalier sans limitation de durée.

En outre, les remboursements respectent, le cas échéant, les prises en charges minimales et maximales prévues par l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale, telles que précisées dans le tableau des garanties.

La réglementation sur les contrats responsables nous impose de plafonner les taux de remboursements des actes et consultations pratiqués par des médecins n'ayant pas signé les options « pratique tarifaires maîtrisées », dites OPTAM et OPTAM CO.

Garanties exprimées en % de la base de remboursement de la sécurité sociale (BRSS) incluant le remboursement de la Sécurité Sociale versées dans la limite des frais réellement engagés.			
GARANTIE RESPONSABLE MDM Santé Digitale 2018			
Actes	Précisions Actes	% de la BRSS	Commentaire
SOINS COURANTS			
Consultations	Par un praticien OPTAM/OPTAM CO	250 %	Souvent entre confrères, les dépassements d'honoraires, lorsqu'ils sont appliqués, restent modérés. Le taux de 250 % devrait être suffisant.
	Par un praticien hors OPTAM/OPTAM CO	200 %	C'est le maximum qui peut être remboursé !
Actes techniques médicaux ⁽¹⁾	Par un praticien OPTAM/OPTAM CO	250 %	Souvent entre confrères, les dépassements d'honoraires, lorsqu'ils sont appliqués, restent modérés. Le taux de 250 % devrait être suffisant.
	Par un praticien hors OPTAM/OPTAM CO	200 %	C'est le maximum qui peut être remboursé !
(1) Les actes techniques médicaux (ATM) comportent : les actes d'endoscopie en externe, divers actes diagnostiques (audiométrie, petits actes de dermatologie, d'ophtalmologie...), actes de radiologie et de cardiologie interventionnelle, actes de chimiothérapie, actes de radiothérapie, actes de médecine nucléaire.			
Pharmacie (y compris les honoraires de dispensation en officine)		100 %	MDM Santé Digitale rembourse tous les médicaments pris en charge par la Sécurité sociale, y compris ceux dont le service médical rendu est classé faible 15 % ou modéré 30 % et les préparations homéopathiques.

Actes	Précisions Actes	% de la BRSS	Commentaire
Actes d'imagerie	Par un praticien OPTAM/OPTAM CO	250 %	Dans la majorité des cas votre reste à charge sera nul ou très faible.
	Par un praticien hors OPTAM/OPTAM CO	200 %	C'est le maximum qui peut être remboursé !
Auxiliaires médicaux : Soins Infirmiers/Kinésithérapie/Orthophonie		100 %	Il y a très peu de dépassements d'honoraires acceptés sur les soins paramédicaux. Nous les prenons en charge sous forme de forfait, voir ci-dessous.
Analyses médicales		100 %	Il y a très peu de dépassements d'honoraires mais plutôt des actes hors nomenclature. Nous les prenons en charge sous forme de forfait, voir ci-dessous.
Soins paramédicaux et analyse hors nomenclature ou dépassements d'honoraire non pris en charge par la Sécurité sociale par assuré et par année civile		100 €	Exemple : Drainage lymphatique : le supplément demandé, est, dans une grande partie des cas, jugé hors nomenclature par la Sécurité sociale.

HOSPITALISATION

Honoraires et soins – Médecins	Par un praticien OPTAM/OPTAM CO	250 %	Entre confrères, les dépassements d'honoraires, lorsqu'ils sont appliqués, sont souvent modérés. Le taux de 250 % ne devrait pas vous laisser de reste à charge.
Actes chirurgicaux, anesthésie			
Honoraires et soins – Médecins	Par un praticien hors OPTAM/OPTAM CO	200 %	C'est le maximum qui peut être remboursé !
Actes chirurgicaux, anesthésie – Médecins			
Chambre particulière par nuitée (limite globale pour l'ensemble des assurés au contrat de 6 000 € par année civile)		150 €	Vous n'aurez pas de reste à charge, sauf cas extrêmement particulier.
Hébergement temporaire non médicalisé, maximum 6 nuits par assuré et par année civile. La prise en charge se limite à la nuit précédant la date de son hospitalisation et à la nuit suivant la date de la fin de cette hospitalisation. Si une de ces deux nuitées n'est pas effectivement consommée, elle ne sera pas prise en charge.		150 €	Si vous êtes hospitalisé(e) en ambulatoire : Nous prenons en charge la chambre d'hôtel prescrite par le médecin hospitalier la veille et / ou le soir de l'intervention.
Lit d'accompagnant (ascendants, descendants et conjoint assurés au contrat) : dans la limite de 15 jours par année civile et par assuré.		45 €	
Transport pris en charge par la Sécurité sociale		100 %	Le transport est régi par un tarif d'autorité et sous la vigilance des régimes obligatoires. Il n'y a pas de dépassement en principe. Il n'y a pas lieu à prévoir une couverture supérieure.
Frais de séjour ou hospitalisation à domicile en secteur conventionné et non conventionné		100 %	Les frais de séjour ne donnent pas lieu à dépassement. (sauf quelques établissements très spécifiques). Il n'y a pas lieu à prévoir une couverture supérieure.
Forfait Journalier Hospitalier (y compris les séjours psychiatriques)		20 €	Il est dû pour tout séjour supérieur à 24 heures dans un établissement public ou privé (participation financière aux frais d'hébergement). MDM Santé Digitale couvre sans limitation de durée.

Actes	Précisions Actes	% de la BRSS	Commentaire
AUDITION			
Audioprothèse		200 %	
APPAREILLAGE			
Petit appareillage autre que prothèses dentaires et auditives		150 %	Une prise en charge de la grande majorité des dépenses liées aux petits appareillages.
Grand appareillage		300 %	Face à ce coup dur, nous répondons présent.
ENFANTS/MATERNITÉ			
Allocation maternité (par naissance ou adoption d'un enfant mineur)		400 €	
Maternité/Honoraires d'accouchement	Par un praticien OPTAM/OPTAM CO	300 %	
Maternité/Honoraires d'accouchement	Par un praticien non OPTAM/OPTAM CO	200 %	Nous souhaitons intervenir au mieux lors de ce moment fort de votre vie.
Obstétrique	Par un praticien OPTAM/OPTAM CO	300 %	Sauf cas particulier, vous n'aurez pas de reste à charge.
Obstétrique	Par un praticien non OPTAM/OPTAM CO	200 %	Nous souhaitons intervenir au mieux lors de ce moment fort de votre vie.
Chambre particulière maternité par assurée et par jour hors plafond prévu en cas d'hospitalisation		150 €	
PMA/FIV – actes techniques médicaux, à l'exclusion du DPNI (dépi­st­age prénatal non invasif) – non acceptées par la Sécurité sociale Forfait par assurée et par année civile		400 €	
Pilule par assurée et par année civile		40 €	
Forfait Psychologue ou psychomotricien par séance dans la limite de 4 séances par enfant assuré et par année civile		40 €	40 € par séance dans la limite de 4 séances par an et par enfant assuré.
Dépistage du strabisme et de la surdité avant 3 ans (dont audio métrie subjective) + bilan allergique par enfant assuré et par année civile		50 €	

Actes	Précisions Actes	% de la BRSS	Commentaire
-------	------------------	--------------	-------------

PRÉVENTION/BIEN ÊTRE E-SANTÉ DIGITAL

Actes de prévention dentaire par assuré <u>et tous les 2 ans à compter du 1^{er} versement</u> : Test prophylactique dentaire/Scellement sillons des dents/Nettoyage et polissage professionnel des surfaces dentaires/ Application de vernis fluoré	100 €	Ces techniques sont innovantes et permettent d'identifier les risques de caries et les problèmes de gencives propres à chaque individu. Plus la prévention intervient tôt, plus vos enfants mais aussi votre conjoint et vous-même pouvez préserver votre dentition.
Vaccins acceptés par la Sécurité sociale + rappels	100 %	
Forfait Vaccins non acceptés – par la Sécurité sociale <u>par assuré et par année civile (dont vaccins liés à des voyages)</u>	80 €	
Forfait Addictions (consultations et traitement non acceptés par la Sécurité sociale) – <u>par assuré et par période de 2 ans à compter du premier versement</u>	200 €	
Forfait Ostéopathie/Homéopathie par assuré <u>et par année civile</u> (actes non acceptés par la Sécurité Sociale)	60 €	
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale	100 %	
Actes de prévention prévus par la Sécurité Sociale dont le bilan du langage oral, les dépistages de l'hépatite B et des troubles de l'audition, l'acte d'ostéodensitométrie	100 %	

DIGITAL/E-SANTÉ

Forfait Objet connecté e-santé ⁽³⁾ – à utiliser sur une période de deux ans à compter de la date d'achat du premier objet par membre participant	75 €	Cet objet appartient à l'une des trois familles listées ci-dessous : 1. « Activités physiques connectées » (exemple : nombre de pas, sommeil monitoring) ; 2. « Suivi physiologique connecté » (exemple : tensiomètre, poids, fréquence cardiaque, glycémie, suivi de grossesse) ; 3. « Observance connectée » (exemple : pilulier).
--	------	---

Actes	Précisions Actes	Montant	Commentaire
-------	------------------	---------	-------------

OPTIQUE

Montants hors remboursements Sécurité sociale et incluant un montant limité à 130 € au titre de la monture.

Ces forfaits sont indiqués pour un équipement par assuré composé de 2 verres et une monture tous les deux ans à compter de la date d'achat (sauf pour les enfants de moins de 18 ans et en cas d'évolution de la vue auquel cas le forfait est valable pour un équipement par an à compter de la date d'achat).

2 verres simples (avec monture)	250 €	Par le biais de notre partenariat avec le réseau « Carte blanche », vous pourrez bénéficier de tarif avantageux permettant de limiter votre reste à charge.
1 verre simple + 1 verre complexe (avec monture)	325 €	
2 verres complexes (avec monture)	400 €	
1 verre simple + 1 verre très complexe (avec monture)	400 €	
1 verre complexe + 1 verre très complexe (avec monture)	475 €	
2 verres très complexes (avec monture)	550 €	
Lentilles de correction prescrites médicalement (y compris celles non acceptées par la Sécurité Sociale) – par assuré et par année civile	180 €	
Chirurgie réfractive – par œil, par assuré et par année civile	600 €	

Les définitions « Verres simples, complexes et très complexes »

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 ;
- Verres multifocaux ou progressifs, hors verres « hyper complexes » définis ci-dessous.

Verres « très complexes » :

- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ;
- Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.

Le mode de prise en charge

La prise en charge, **en sus du « ticket modérateur »**, concerne un équipement, quel que soit l'âge de l'assuré, **composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans. La période de deux ans s'apprécie à compter de la date d'achat et s'achève deux ans après.**

Si l'équipement est acheté en deux fois (monture puis verres) la période de deux ans débute à la date d'achat du 1^{er} élément et s'achève 2 ans après.

Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, la prise en charge s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an.

La prise en charge est conditionnée par une validation de la facture au regard du degré de correction et des caractéristiques des verres.

Le renouvellement de l'équipement tous les ans justifié par l'évolution de la vue doit se fonder :

- soit sur la prescription médicale précisant le changement de correction,
- soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du code de la sécurité sociale.

La nouvelle correction sera comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme d'assurance maladie complémentaire.

La prise en charge de l'équipement défini ci-dessus est effectuée comme exprimé dans le tableau de garanties ci-dessus.

Actes	Précisions Actes	% de la BRSS	Commentaire
DENTAIRE			
Soins dentaires		200 %	
Prothèses dentaires acceptées par la Sécurité sociale		300 %	
Plafond prothèse dentaire par année civile et par assuré		1 500 €	À titre d'exemple, ce plafond permet d'indemniser jusqu'à 6 couronnes au niveau de remboursement maximum indiqué ci-dessus par bénéficiaire par année civile.
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale par enfant assuré au contrat (limitée à 6 semestres)		300 %	
Forfait Implants par assuré et par année civile		500 €	
Forfait Parodontologie par assuré et par année civile		200 €	

Notes et précisions complémentaires :

I - LA GARANTIE OBJET CONNECTE

Le forfait est exprimé par **membre participant** (et non pas par assuré) **et sur deux ans**. Cette période s'apprécie à compter de la date d'achat du premier « Objet Connecté E-Santé » et s'achève deux ans après.

L'utilisation de ce forfait suppose que l'objet acheté par le membre participant réponde à la définition de « l'Objet Connecté E-Santé » appartenant à l'une des familles d'Objet Connecté E-Santé ci-dessous et, que le membre participant n'ait pas précédemment utilisé la totalité de cette prestation. Le forfait est versé dans la limite des frais réellement engagés par le membre participant pour l'achat de l'Objet Connecté E-Santé.

Un « Objet Connecté E-Santé » est un objet autonome, muni de capteurs permettant à son utilisateur de mesurer et d'enregistrer des informations sur son activité physique et/ou des constantes physiologiques et/ou l'observance. L'objet communique les informations ainsi récoltées à un appareil tiers connecté à Internet (ex : ordinateur, tablette numérique, smartphone). L'appareil qui réceptionne les mesures réalisées fait fonctionner un logiciel consolidant, analysant et communiquant les données mesurées après consentement exprès de son utilisateur.

Cet objet appartient à l'une des trois familles listées ci-dessous :

1. « Activités physique connectées » (ex : nombres de pas, sommeil, monitoring);
2. « Suivi physiologique connecté » (ex : tensiomètre, poids, fréquence cardiaque, glycémie, suivi de grossesse);
3. « Observance connectée » (ex : pilulier).

Est exclue de la garantie « Objet Connecté E-Santé » toute demande de prise en charge concernant :

- un Smartphone ;
- une Tablette numérique ;
- un logiciel (application mobile par exemple) ;
- et plus généralement tout objet ne répondant pas aux définitions visées ci-dessus.

Le Membre participant est seul responsable des décisions quant au choix de l'« Objet Connecté E-Santé », à l'utilisation qu'il en fait, aux objectifs qu'il poursuit et notamment de l'exploitation des résultats qu'il obtient via l'utilisation de l'« Objet Connecté E-Santé » ainsi que des conséquences qui pourraient en résulter. En aucun cas, la responsabilité de la Mutuelle ne pourra être engagée eu égard à l'utilisation de l'« Objet Connecté E-santé » et des conséquences qui pourraient en résulter.

N'étant pas destinataire des données personnelles éventuellement collectées par des tiers via l'utilisation des objets connectés dont l'achat est remboursé au Membre participant, la Mutuelle n'effectue aucun traitement desdites données qu'elle n'est pas en mesure de collecter.

La Mutuelle n'est donc ni responsable de traitement ni sous-traitant eu égard aux données personnelles éventuellement collectées par des tiers via l'utilisation des objets connectés dont l'achat est remboursé au Membre participant.

II – LES EXCLUSIONS DE CETTE PRISE EN CHARGE

- les franchises médicales sur : les médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du code de la santé publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation,
- les actes effectués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation,
- les transports sanitaires terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence ;
 - la participation forfaitaire restant à la charge de l'assuré sur les actes ou consultations prise en charge par la Sécurité Sociale lorsque ceux-ci sont réalisés par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation ;
 - la modulation de participation applicable en cas de refus d'autorisation du patient au professionnel de santé à accéder à son dossier médical personnel ou à le compléter ;
 - les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins spécialistes sur le tarif des actes et consultations pour les patients qui les consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins.

ANNEXE 1.2 COTISATIONS COMPLÉMENTAIRE SANTÉ MDM SANTÉ DIGITALE

Les enfants de plus de 16 ans peuvent adhérer à la Mutuelle en tant que membre participant.

Ils payent alors la cotisation fonction de leur âge.

Le tarif « Actif » est appliqué à l'Adhérent lorsque celui-ci est âgé de moins de 60 ans à l'adhésion. Les adhérents âgés de 60 ans et plus au moment de l'adhésion relèvent des tarifs « Senior ».

	MDM Santé Digitale Actif	MDM Santé Digitale Senior
Enfants	360,00 €	360,00 €
18 à 23 ans	489,60 €	
24	496,80 €	
25	506,40 €	
26	517,20 €	
27	526,80 €	
28	536,40 €	
29	547,20 €	
30	558,00 €	
31	568,80 €	
32	579,60 €	
33	591,60 €	
34	602,40 €	
35	614,40 €	
36	626,40 €	
37	638,40 €	
38	651,60 €	
39	663,60 €	
40	676,80 €	
41	690,00 €	
42	704,40 €	
43	721,20 €	

	MDM Santé Digitale Actif	MDM Santé Digitale Senior
44	739,20 €	
45	757,20 €	
46	775,20 €	
47	794,40 €	
48	812,40 €	
49	829,20 €	
50	848,40 €	
51	866,40 €	
52	885,60 €	
53	904,80 €	
54	925,20 €	
55	945,60 €	
56	966,00 €	
57	987,60 €	
58	1 009,20 €	
59	1 030,80 €	
60	1 044,00 €	1 154,40 €
61	1 057,20 €	1 183,20 €
62	1 074,00 €	1 213,20 €
63	1 090,80 €	1 243,20 €
64	1 107,60 €	1 274,40 €
65	1 124,40 €	1 306,80 €
66	1 142,40 €	1 339,20 €
67	1 159,20 €	1 372,80 €
68	1 178,40 €	1 406,40 €
69	1 196,40 €	1 442,40 €
70	1 214,40 €	1 478,40 €

	MDM Santé Digitale Actif	MDM Santé Digitale Senior
71	1 233,60 €	1 514,40 €
72	1 252,80 €	1 552,80 €
73	1 273,20 €	1 591,20 €
74	1 292,40 €	1 630,80 €
75	1 312,80 €	1 671,60 €
76	1 333,20 €	1 713,60 €
77	1 353,60 €	1 756,80 €
78	1 375,20 €	1 801,20 €
79	1 396,80 €	1 845,60 €
80	1 418,40 €	1 892,40 €
81	1 422,00 €	1 896,00 €
82	1 425,60 €	1 900,80 €
83	1 429,20 €	1 905,60 €
84	1 432,80 €	1 910,40 €
85	1 436,40 €	1 915,20 €
86	1 440,00 €	1 920,00 €
87	1 443,60 €	1 924,80 €
88	1 447,20 €	1 929,60 €
89	1 450,80 €	1 934,40 €
90 et plus	1 454,40 €	1 939,20 €

ANNEXE 2

COTISATION MUTUALISTE

Le montant annuel de la cotisation mutualiste est de : 27 €.

Cette cotisation est due annuellement et d'avance pour tous les adhérents de la Mutuelle. La cotisation mutualiste ouvre droit aux avantages visés à l'article 7 de la notice. Cette cotisation est également due par le conjoint ayant la qualité d'ayant-droit.

En cas d'adhésion en cours d'année, la cotisation est due au prorata des mois restant à courir entre la date d'effet de l'adhésion et le 31 décembre de l'année.

En cas de démission ou radiation en cours d'année, aucune ristourne de cotisation n'est due par la Mutuelle.

ANNEXE 3

COTISATION DES SERVICES SANTÉ

Le montant annuel de la cotisation ouvrant droit aux Services Santé visés à l'article 8 de la notice est de : 9 €.
Cette cotisation est due annuellement et d'avance pour tous les adhérents de la Mutuelle.

En cas d'adhésion en cours d'année, la cotisation est due au prorata des mois restant à courir entre la date d'effet de l'adhésion et le 31 décembre de l'année.

En cas de démission ou radiation en cours d'année, aucune ristourne de cotisation n'est due par la Mutuelle.

ANNEXE 4

PRINCIPALES PIÈCES NÉCESSAIRES AU REMBOURSEMENT

Pièces à fournir pour le remboursement des prestations complémentaire santé hors télétransmission et hors tiers-payant*.

PRESTATIONS	PIÈCES À FOURNIR
HONORAIRES MÉDICAUX	
Consultations et visites tous types Actes chirurgicaux de spécialistes sans hospitalisation Analyses médicales Radiologie et électrothérapie Auxiliaires médicaux et paramédicaux	Originaux des décomptes de la Caisse d'Assurance Maladie comportant le détail des actes réglés par le Régime Obligatoire ou les reçus attestant le règlement d'un ticket modérateur dans le cas de soins externes.
PHARMACIE	
Médicaments	Reçus attestant le règlement du ticket modérateur/décompte sécurité sociale.
Vaccins (non remboursés par la Caisse d'Assurance maladie)	Original de la facture acquittée.
OPTIQUE	
Lunettes (remboursées par la Caisse d'Assurance Maladie)	Décomptes de Caisse d'Assurance Maladie comportant le détail des actes réglés par la Régime Obligatoire et la facture acquittée.
Lentilles (non remboursées par la Caisse d'Assurance Maladie)	Facture acquittée.
Monture	Décomptes de Caisse d'Assurance Maladie comportant le détail des actes réglés par la Régime Obligatoire et la facture acquittée.
PROTHÈSE AUDITIVE	
Prothèse auditive	Décompte de Caisse d'Assurance Maladie comportant le détail des actes réglés par le Régime Obligatoire et la facture acquittée des actes réglés par le Régime Obligatoire et la facture acquittée.

PRESTATIONS	PIÈCES À FOURNIR
DENTAIRE	
Soins Prothèses remboursées par la Caisse d'Assurance Maladie	Original des décomptes de Caisse d'Assurance Maladie comportant le détail des actes réglés par le Régime Obligatoire.
Orthodontie remboursée par la Caisse d'Assurance Maladie	Original des décomptes de Caisse d'Assurance Maladie comportant le détail des actes réglés par le Régime Obligatoire.
Implants	Original de la facture acquittée.
HOSPITALISATION	
Frais de séjour Honoraires (en hospitalisation et ambulatoire) Forfait journalier (médecine, chirurgie, rééducation) Forfait psychiatrie Chambre particulière Frais d'accompagnement	Original de la facture détaillée acquittée et note d'honoraires en cas de dépassements.
Facture acquittée Actes supérieurs à 120 € (en hospitalisation ou hors hospitalisation)	Original de la facture détaillée acquittée.
Appareillage Petit Grand Prothèse mammaire et capillaire	Original du décompte de la Caisse d'Assurance Maladie comportant le détail des actes réglés par le Régime Obligatoire et la facture acquittée.
	Original de la facture détaillée acquittée.
CURE THERMALE	
Forfait thermal Surveillance cure	Original du décompte de la Caisse d'Assurance Maladie comportant le détail des actes réglés par le Régime Obligatoire.
(1) Rappel: la Mutuelle n'est pas responsable des dysfonctionnements éventuels survenus en cas de télétransmission et/ou d'absence de télétransmission. L'adhérent doit vérifier les remboursements qui le concernent, et, en cas de non remboursement, fournir à la Mutuelle les pièces nécessaires au remboursement hors télétransmission visées ci-dessus.	
Pièces à fournir pour le versement de l'allocation maternité.	
ALLOCATION MATERNITÉ	
Allocation maternité	Copie de l'extrait d'acte de naissance.

ANNEXE 5

NOTICE DES CONTRATS COLLECTIFS OUVRANT DROIT AUX GARANTIES EN INCLUSION VISÉES À L'ARTICLE 1.6 DE LA NOTICE

ANNEXE 5.1 NOTICE PRESTATIONS OBSÈQUES

Objet

En application de l'article L.221-3 du code de la mutualité, sur décision de son conseil d'administration ratifiée par son assemblée générale, la Mutuelle a conclu auprès de CNP Assurances (ci-après l'Assureur), dans le cadre des dispositions de l'article 1.6 de la notice, un contrat d'assurance collective en cas de décès pour le paiement d'une prestation obsèques en cas de décès d'un membre participant (ci-après « contrat Prestation Obsèques »).

Ce contrat est régi par le Code des Assurances et la législation en vigueur au moment de la souscription puis à chaque renouvellement annuel. L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR – 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09).

Groupe Assuré

Sont assurés par le contrat Prestation Obsèques, à titre obligatoire, l'ensemble des membres Participants de la Mutuelle au sens de l'article 7 des statuts de la Mutuelle, sans sélection du risque et sans formalités d'adhésion.

Les conjoint ayant qualité d'ayant-droit font également partie du « Groupe Assuré » sans sélection du risque et sans formalités d'adhésion.

Durée du contrat

Le contrat Prestation Obsèques est un contrat temporaire annuel. Il se renouvelle par tacite reconduction à chaque 1^{er} janvier sauf résiliation, par la Mutuelle ou l'Assureur, au moyen d'une lettre recommandée, au moins trois mois avant chaque 1^{er} janvier.

Tout décès d'un assuré survenant après la date d'effet de la résiliation du contrat Prestation Obsèques ne donnera pas lieu à prestation au titre du contrat.

Prise d'effet et durée de la garantie

La garantie prend effet, à l'égard de chaque assuré, au 1^{er} jour du mois suivant le mois au cours duquel il devient membre Participant de la Mutuelle, sous réserve du paiement de la cotisation mutualiste visée à l'article 4.1 i) et à l'annexe 2 de la notice.

Elle se renouvelle par tacite reconduction à chaque 1^{er} janvier sauf résiliation du contrat Prestation Obsèques comme indiqué ci-dessus. La garantie cesse de produire ses effets dans les cas suivants :

- lorsque l'assuré cesse d'être membre Participant de la Mutuelle ;
- en cas de non-paiement par le membre Participant de la cotisation mutualiste ;
- à la date d'effet de la résiliation du contrat Prestation Obsèques.

Prime

Les garanties au titre du contrat prestation obsèques sont accordés moyennant le paiement par l'assuré d'une prime annuelle payable d'avance comprise dans la cotisation mutualiste visée à l'article 4.1 i) et à l'annexe 2 du de la notice.

La prime relative à la prestation obsèques est de 15 euros. Ce montant est révisable chaque année en fonction de l'évolution démographique et des résultats du contrat prestations obsèques.

Prestation assurée

En cas de décès d'un assuré du contrat Prestations Obsèques, l'Assureur verse au bénéficiaire défini ci-après un capital dont le montant est égal à 1 500 € en cas de décès avant 65 ans et à 1 000 € en cas de décès après 65 ans.

Bénéficiaire

L'Assureur verse le capital, par l'intermédiaire de la Mutuelle, à la personne ayant pris en charge les obsèques sur présentation d'une facture acquittée.

À défaut, le capital est versé :

- au conjoint survivant non séparé de corps ;
- à défaut, aux enfants de l'assuré par parts égales ;
- à défaut, aux père et mère de l'assuré par parts égales ;
- à défaut, aux ayants-droits de l'assuré.

Revalorisation

Le montant du capital peut être revalorisé chaque 1^{er} janvier d'un commun accord entre la Mutuelle et l'Assureur.

Obligation en cas de sinistre

En cas de décès de l'assuré, le bénéficiaire doit adresser à la Mutuelle les pièces justificatives suivantes :

- Un extrait d'acte de décès de l'assuré ;
- Un certificat médical précisant si le décès est dû ou non à une cause naturelle ;
- La facture acquittée des frais d'obsèques de l'assuré ;
- Toute pièce justifiant de la qualité de bénéficiaire.

Prescription

Toute action dérivant du présent contrat se prescrit par 10 ans conformément aux articles L.114-1 et L.114-2 du code des assurances.

Exclusions

Sont exclus de la garantie et n'entraîne aucun paiement à la charge de l'assureur :

- le suicide de l'assuré dans la première année d'assurance ;
- le meurtre commis par l'un des bénéficiaires sur la personne de l'assuré dès lors que ce bénéficiaire a été condamné ;
- les faits intentionnellement causés ou provoqués par l'assuré ou les bénéficiaires ;
- les conséquences de faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre ;
- les conséquences de guerre civile et étrangère, d'attentat, d'émeute, d'insurrection, d'acte de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels que soient les protagonistes, dès lors que l'assuré y prend une part active ;
- les conséquences de démonstration, acrobaties, compétitions nécessitant l'utilisation d'engins à moteurs ;
- les conséquences de vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide ;
- les conséquences de vols sur aile volante, sur ULM, de la pratique de parapente ;
- les conséquences des effets directs et indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux de l'atome.

ANNEXE 5.2 NOTICE DÉPENDANCE

Objet

En application de l'article L.221-3 du code de la mutualité, sur décision de son conseil d'administration ratifiée par son assemblée générale, la Mutuelle a conclu auprès de CNP Assurances (ci-après l'Assureur), dans le cadre des dispositions de l'article 1.6 de la notice, un contrat d'assurance collective en cas d'hospitalisation avec dépendance (ci-après « contrat Prestations Dépendance »). Ce contrat prévoit le paiement de prestations en cas de dépendance de l'assuré.

Est considéré en état de dépendance l'assuré qui ne peut accomplir seul trois au moins des quatre actes ordinaires de la vie (s'alimenter, s'habiller, se laver, se déplacer), a besoin d'une assistance continue pour accomplir ces actes et se trouve dans l'une des situations suivantes :

- (1) L'assuré est hébergé en section de cure médicale ou dans un établissement destiné à l'accueil des personnes âgées invalides :
« la section de cure médicalisée est destinée à des pensionnaires ayant perdu la capacité d'effectuer seuls les actes ordinaires de la vie ou atteints d'une affection somatique ou psychique stabilisée qui nécessite un traitement d'entretien, une surveillance médicale ainsi que des soins paramédicaux » (décret n° 78-478 du 29 mars 1978).
- (2) L'assuré est hospitalisé en unité de long séjour :
« les centres de long séjour sont des établissements composés d'unités destinées à l'hébergement de personnes n'ayant plus d'autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretiens » (loi N° 70-1318 du 31 décembre 1970 et circulaire N° 1575 du 27 septembre 1971).
- (3) L'assuré est hébergé dans une maison de retraite habilitée à l'aide sociale.

Ce contrat est régi par le Code des Assurances et la législation en vigueur au moment de la souscription. L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR – 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09).

Groupe Assuré

Sont assurés par le contrat Prestation dépendance, à titre obligatoire, l'ensemble des membres Participants de la Mutuelle au sens de l'article 7 des statuts de la Mutuelle, sans sélection du risque et sans formalités d'adhésion, à l'exclusion des Participants déjà en état de dépendance à la date d'effet du contrat ou à la date à laquelle ils deviennent membre participant de la Mutuelle.

Les conjoints ayant qualité d'ayant-droit font également partie du « Groupe Assuré » à l'exclusion de ceux déjà en état de dépendance à la date d'effet du contrat ou à la date à laquelle ils deviennent ayant-droit de la garantie.

Adhésion des conjoints

L'adhésion des conjoints est facultative. Seuls peuvent adhérer, à l'exclusion des conjoints déjà en situation dépendance tel que défini à l'article objet :

- les conjoints âgés de moins de 35 ans lors de l'adhésion ;
- dans les 6 mois du mariage, les conjoints âgés de moins de 60 ans lors de l'adhésion.

Le conjoint qui adhère reçoit une notice d'information spécifique précisant les modalités de couverture au titre de la prestation dépendance facultative des conjoints.

Durée du contrat

Le contrat Prestation dépendance est un contrat temporaire annuel. Il se renouvelle par tacite reconduction à chaque 1^{er} janvier sauf résiliation, par la Mutuelle ou l'Assureur, au moyen d'une lettre recommandée, au moins deux mois avant chaque 1^{er} janvier.

Toute modification contractuelle ou consécutive à un changement dans la législation ou la réglementation ne peut prendre effet qu'au 1^{er} janvier suivant la signature par la Mutuelle et l'Assureur d'un avenant au contrat Prestation dépendance. Cette modification s'impose à chaque assuré.

Toute entrée en état de dépendance d'un assuré survenant après la date d'effet de la résiliation du contrat Prestation dépendance ne donnera pas lieu à prestation au titre du contrat.

Prise d'effet et durée de la garantie

La garantie prend effet, à l'égard de chaque Participant, au 1^{er} jour du mois suivant le mois au cours duquel il devient membre Participant de la Mutuelle, sous réserve du paiement de la cotisation mutualiste visée à l'article 4.1 i) et à l'annexe 2 de la notice.

La garantie cesse de produire ses effets dans les cas suivants :

- lorsque l'assuré cesse d'être membre Participant de la Mutuelle ;
- en cas de non-paiement par le membre Participant de la cotisation mutualiste ;
- à la date à laquelle l'assuré, bien qu'en invalidité totale, opte pour une hospitalisation ou un hébergement à son propre domicile ou dans un établissement non reconnu par la sécurité sociale ou dans une maison de retraite non habilitée à l'aide sociale ;
- à la date d'effet de la résiliation du contrat Prestation dépendance.

Prime

La garantie au titre du contrat Prestation dépendance est accordée moyennant le paiement par l'assuré d'une prime annuelle payable d'avance comprise dans la cotisation mutualiste visée à l'article 4.1 i) et à l'annexe 2 de la notice.

La prime relative à la Prestation dépendance est de 12 euros par an. Ce montant est révisable chaque année en fonction de l'évolution des prestations assurées, des résultats du contrat prestation dépendance, des évolutions démographiques et de la législation.

Prestation assurée

En cas d'état de dépendance tel que défini à l'article objet ci-dessus, le montant de la prestation versée à l'assuré est égal au frais d'hospitalisation en long séjour ou dans une section de cure médicale engagés par l'assuré, **dans la limite de 16,66 euros** par jour, chaque mois étant décompté pour 30 jours.

Revalorisation

Le montant de la prestation peut être revalorisé annuellement d'un commun accord entre la Mutuelle et l'Assureur.

Mise en œuvre de la garantie

La garantie est mise en œuvre à la demande de l'assuré ou de ses ayants-droit. La demande doit être faite auprès de Mutuelle accompagnée des pièces justificatives suivantes :

- une fiche d'état civil de l'assuré ;
- un certificat médical délivré par le médecin traitant de l'assuré attestant que l'assuré est dans l'impossibilité physique totale d'accomplir les actes ordinaires de la vie et précisant la date de survenance de l'invalidité totale, sa cause, la durée probable de l'invalidité totale ;
- une attestation d'admission en long séjour ou section de cure médicale fournie par l'organisme d'accueil agréée par la Sécurité sociale ;
- une attestation d'admission dans une maison de retraite habilitée à l'aide sociale ;
- le décompte des frais engagés par l'assuré, fourni par l'établissement d'accueil.

Contrôle médical

L'Assureur se réserve le droit de soumettre à une visite médicale tout assuré qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du contrat Prestation dépendance.

Si le résultat de l'examen est contesté par le médecin de l'assuré, les deux médecins font appel à un troisième praticien pour les départager.

À défaut d'entente sur la désignation de ce dernier, le choix sera fait à la diligence de l'Assureur, par le Président du Tribunal de Grande Instance du département dans le ressort duquel se trouve le domicile de l'assuré.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin. Ceux du tiers arbitre, ainsi que tous les frais que comporte l'exercice de sa mission sont à la charge de l'Assureur dès lors que sa proposition n'est pas entièrement admise par la troisième expertise. Dans le cas contraire, ils sont à la charge de l'assuré.

Si l'assuré se refuse au contrôle médical ou s'il ne peut être joint par défaut de notification de changement d'adresse, la garantie de l'assurance est suspendue à son égard après envoi d'une mise en demeure adressée au dernier domicile connu figurant au dossier de l'assuré.

Versement de la prestation

La prestation dépendance est versée mensuellement à terme échu.

Le service de la prestation dépendance démarre à l'expiration d'un délai de franchise de 30 jours s'écoulant à compter du 1^{er} jour d'admission en long séjour ou en section de cure médicale dans un centre reconnu par la Sécurité sociale ou dans une maison de retraite habilitée à l'aide sociale.

Le service de la prestation dépendance cesse à la date à laquelle :

- l'assuré n'est plus en invalidité totale telle que définie à l'article 1 ;
- l'assuré n'est plus hospitalisé en long séjour ou en section de cure médicale dans un centre reconnu par la sécurité sociale ;
- l'assuré ne séjourne plus dans une maison de retraite habilitée par la sécurité sociale ;
- l'assuré décède.

En cas de résiliation du contrat prestation dépendance, le service des prestations en cours est maintenu à son niveau atteint le jour de la résiliation, jusqu'à cessation du droit à prestations.

Prescription

Toute action dérivant du présent contrat se prescrit par 2 ans conformément aux articles L.114-1 et L.114-2 du code des assurances.

Exclusions

Sont exclus de la garantie et n'entraîne aucun paiement à la charge de l'assureur les conséquences :

- de faits intentionnellement causés ou provoqués par l'assuré ;
- de faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre ;
- les conséquences de guerre civile et étrangère, d'attentat, d'émeute, d'insurrection, d'acte de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels que soient les protagonistes, dès lors que l'assuré y prend une part active ;
- les conséquences des effets directs et indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux de l'atome.

ANNEXE 5.3 ASSISTANCE À COMPTER DU 1^{ER} JUILLET 2018

CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION CONTRAT COLLECTIF n° FIC18SAN0039 MUTUELLE DU MÉDECIN

La MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS DIT MUTUELLE DU MÉDECIN a souscrit le contrat collectif n° FIC18SAN0039, au profit de ses Adhérents, auprès de **FILASSISTANCE**, afin de faire bénéficier ces derniers de garanties d'assistance telles que prévues ci-dessous.

Les garanties d'assistance sont assurées et gérées par **FILASSISTANCE**, Société Anonyme au capital de 4 100 000 €, régie par le Code des assurances, inscrite au RCS de Nanterre sous le n° 433 012 689, dont le siège social se situe au 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex.

A CADRE DES GARANTIES D'ASSISTANCE

1. COMMENT CONTACTER FILASSISTANCE ?

Téléphone	01 70 36 33 88 (numéro non surtaxé)
	+ 33 1 70 36 33 88 (depuis l'étranger)
Télécopie	01 47 11 24 63
Adresse postale	108 Bureaux de la Colline 92213 Saint-Cloud Cedex

2. MISE EN ŒUVRE DES PRESTATIONS

2.1. DÉLIVRANCE DES PRESTATIONS

FILASSISTANCE est accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et met en œuvre les prestations garanties, après accord préalable et sauf stipulation contraire, du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures (hors jours fériés). En cas de rapatriement médical prévu par les garanties d'assistance, **FILASSISTANCE** met en œuvre cette prestation 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Le Bénéficiaire ou son entourage doit impérativement contacter **FILASSISTANCE**, au numéro de téléphone suivant : 01 70 36 33 88 préalablement à toute intervention, dans un délai de cinq (5) jours à compter de la survenance de l'évènement qui donne lieu au bénéfice des présentes garanties, en précisant le numéro de contrat FIC18SAN0039. Le Bénéficiaire obtiendra ensuite un numéro de dossier qui seul justifiera une prise en charge de la part de **FILASSISTANCE**.

À défaut de respecter cet accord préalable et ce délai, aucune dépense effectuée d'autorité par le Bénéficiaire (ou son entourage) ne sera remboursée.

En cas d'accident ou d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers, le SAMU ou le médecin traitant.

2.2. CONDITIONS D'ORDRE MÉDICAL

Le choix des moyens à mettre en œuvre pour répondre à une demande d'assistance, relève de la décision de l'équipe médicale de **FILASSISTANCE**, qui recueille si nécessaire l'avis du médecin traitant.

Les montants de prise en charge, la durée de mise en œuvre des prestations d'assistance ainsi que le nombre d'heures mentionnées dans les garanties ne sont pas forfaitaires.

Afin de permettre à l'équipe médicale de **FILASSISTANCE** de prendre sa décision, cette dernière se réserve la possibilité de demander au Bénéficiaire de fournir toute pièce médicale originale qui justifie l'évènement qui le conduit à sa demande d'assistance.

Les pièces médicales devront être adressées sous pli confidentiel à l'attention du service médical de **FILASSISTANCE**.

2.3. CONDITIONS SPÉCIFIQUES AUX PRESTATIONS D'ASSISTANCE INFORMATIONS JURIDIQUES

Les prestations d'informations sont délivrées uniquement par téléphone **du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00 (hors jours fériés)** sur simple appel du Bénéficiaire. En aucun cas, les réponses aux demandes d'informations ne feront l'objet d'une confirmation écrite.

FILASSISTANCE s'engage à fournir une réponse dans **un délai maximal de 72 heures**.

La responsabilité de **FILASSISTANCE** ne pourra en aucun cas être recherchée en cas :

- **D'interprétation inexacte du ou des renseignements que le Bénéficiaire aura obtenu(s),**
- **Des difficultés qui pourraient surgir ultérieurement du fait d'une utilisation inappropriée ou abusive, par le Bénéficiaire, des informations communiquées.**

LES PRESTATIONS D'INFORMATIONS « JURIDIQUE ET VIE PRATIQUE » dispensées par **FILASSISTANCE** ne peuvent se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, notaires, etc. Le contenu de l'information juridique délivrée est purement documentaire et **ne peut excéder le champ défini par l'article 66-1 de la Loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971**. **FILASSISTANCE ne pourra pas être tenue responsable de la caducité des informations communiquées qui résulterait de l'évolution de la réglementation postérieure à cet appel.**

Sont exclues de la garantie les demandes d'information ne relevant pas du droit français.

3. QUI PEUT BÉNÉFICIER DES GARANTIES ?

Ont la qualité de Bénéficiaires, l'Adhérent, son Conjoint, leur(s) enfant(s) et ascendants fiscalement à charge et vivant sous le même toit ainsi que toute autre personne désignée dans la garantie comme destinataire de la prestation servie.

Les Bénéficiaires doivent résider en France telle que définie ci-dessous.

4. OU S'APPLIQUENT LES GARANTIES ?

A l'exception des garanties d'assistance indiquées dans C.5.1 « RAPATRIEMENT DE CORPS », C.5.2 « DÉPLACEMENT D'UN PROCHE SUR LE LIEU DE DÉCÈS », C.5.3 « RETOUR DES ACCOMPAGNATEURS » et C.6 « ASSISTANCE VOYAGE ET DÉPLACEMENTS » (sauf la garantie « FRAIS MÉDICAUX DENTAIRE ET D'HOSPITALISATION À L'ÉTRANGER » qui ne s'applique que à l'Étranger) qui s'appliquent à plus de 50 km du Domicile de l'Adhérent en France et/ou à l'Étranger, les garanties d'assistance fournies par FILASSISTANCE s'appliquent en France telle que définie ci-dessous.

Elles sont fournies exclusivement depuis et au sein de la Zone de résidence de l'Adhérent, telle que définie ci-dessous.

5. QUELLE EST LA PÉRIODE DES GARANTIES ?

La présente Notice prend effet :

▪ **À compter du 1^{er} juillet 2018 :**

- MdM Santé Digitale
- Complémentaire santé Responsable Actifs/Séniors Options PRIMUM – MEDIUM – SUMMUM ;
- Complémentaire santé Responsable Étudiants Options PREMIUM, OPTIMUM ;
- Complémentaire santé Non responsable Gros Risques Actifs/Séniors ;
- Garanties Sur-complémentaires Non responsable Actifs/Séniors.

et couvre les événements garantis survenus au plus tôt à compter de cette date.

Les Bénéficiaires peuvent solliciter les prestations pendant la période d'adhésion à l'un des contrat santé assuré par la Mutuelle du Médecin (listés ci-dessus) et **sous réserve du règlement de la cotisation correspondante.**

Toutefois, le droit à garantie auprès de FILASSISTANCE cesse pour chaque Adhérent :

- En cas de cessation de l'adhésion à l'un des contrat santé assuré par la Mutuelle du Médecin (listés ci-dessus) ;
- En cas de résiliation du Contrat collectif d'assistance n° **FIC18SAN0039**.

B DÉFINITIONS

Les Parties entendent les termes ci-dessous selon les définitions suivantes :

- **Accident :** Toute atteinte corporelle non intentionnelle et indépendante de la volonté du Bénéficiaire, provenant de l'action soudaine, violente et imprévisible d'une cause extérieure.
- **Actes de la vie quotidienne :** Se lever/ se coucher, s'habiller, se laver, se nourrir, aller aux toilettes, se déplacer dans son Domicile.
- **Adhérent :** Toute personne physique, ayant la qualité de médecin (remplissant les conditions de l'article L4111-1 du Code de la santé publique), et bénéficiaire du contrat collectif d'assistance n° **FIC18SAN0039**.
- **AGGIR :** Outil national d'évaluation de la dépendance déterminant le niveau des aides publiques.
- **Aidé :** Le Proche parent tel que défini ci-dessous de l'Adhérent qui est reconnu dépendant (à partir de GIR 4 au sens de la grille AGGIR).
- **Aide à domicile :** Personne assurant les travaux courants d'entretien du logement tels que le ménage, le repassage, l'aide aux repas ainsi que les courses de proximité.
- **Aggression :** Tout acte de violence physique infligé volontairement à l'Adhérent par un individu lors de l'exercice de sa profession entraînant un dépôt de plainte par l'Adhérent.
- **Assuré aidant :** L'Adhérent qui aide un de ses Proches parents, devenu dépendant (à partir de GIR 4 de la grille AGGIR). L'Assuré aidant apporte une aide quotidienne à son Proche parent pour les actes de la vie quotidienne. Il doit avoir le même domicile ou visiter quotidiennement son Proche parent à domicile.
- **Atteinte corporelle :** blessure ou Maladie dont la nature risque de porter atteinte à la vie même du Bénéficiaire ou d'engendrer à brève échéance une aggravation importante de son état si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.
- **Animaux de compagnie :** Chiens et chats remplissant les obligations d'identification et de vaccination fixées par la réglementation à l'exclusion de tout chien susceptible d'être dangereux c'est-à-dire les chiens de races Staffordshire bull terrier, Mastiff, American Staffordshire terrier, Tosa, les chiens assimilables par leurs caractéristiques morphologiques aux chiens de ces races ainsi que les chiens communément appelés « Pitt bull ». L'animal garanti ne devra pas faire l'objet d'un élevage ou être détenu dans le cadre d'une activité professionnelle ou commerciale quelle qu'elle soit.
- **Bénéficiaires :** Toute personne désignée à l'article 3 du paragraphe A, ci-avant.

- **Conjoint :** Le conjoint marié à l'Adhérent, non séparé de corps ; le concubin tel que défini à l'article 515-8 du Code civil ; ou le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) à l'Adhérent.
- **Contrat :** le Contrat d'assistance n° **FIC18SAN0039**.
- **Dépendant :** Le proche de l'Adhérent ou de son Conjoint qui est reconnu dépendant (équivalent GIR 4 au sens de la grille AGGIR).
- **Domicile :** Le foyer fiscal ou le lieu de résidence principale et habituelle de l'Adhérent, mentionné sur le bulletin d'adhésion.
- **Étranger :** Tout pays situé hors de France, à l'exclusion des pays formellement déconseillés par le gouvernement français.
- **Évènement :** Toute situation prévue par la présente notice justifiant d'une demande d'intervention auprès de **FILASSISTANCE**.
- **France :** France métropolitaine, les Départements-Régions d'Outre-mer français : Guadeloupe, Guyane française, Martinique et la Réunion et les Collectivités d'Outre-Mer françaises : la Polynésie française, Saint-Barthélemy, Saint-Pierre-et-Miquelon et Wallis-et-Futuna.
- **Handicap :** Toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie par une personne, en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. Le handicap doit être reconnu par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).
- **Hospitalisation :** Tout séjour **d'une durée supérieure à 24 heures sauf stipulation contraire**, dans un établissement de soins public ou privé, pour un traitement médical ou chirurgical.
- **Hospitalisation ambulatoire :** Toute Hospitalisation **de moins de 12 heures sans hébergement de nuit, qu'elle soit prévue ou imprévue, à l'exception des passages aux urgences**.
- **Hospitalisation imprévue :** Tout séjour imprévu d'une durée supérieure à 24 heures, **hors séjour ambulatoire**, dans un établissement de soins public ou privé, pour un traitement médical ou chirurgical suite à une Maladie ou à une Atteinte corporelle et **dont la survenance n'était pas connue dans les 7 jours avant son déclenchement**.
- **Immobilisation :** État d'une personne se trouvant dans l'incapacité physique totale ou partielle de se déplacer constatée par un médecin et nécessitant le repos au Domicile.
- **Maladie :** Toute altération de la santé, constatée par une autorité médicale compétente.
- **Maladie soudaine :** Toute altération soudaine et imprévisible de la santé, non consécutive à une Maladie préexistante, constatée par une autorité médicale compétente.
- **Pathologies lourdes :** Accident vasculaire cérébral invalidant, infarctus ou pathologie cardiaque invalidante, hémopathies, insuffisance hépatique sévère, diabète insulino-instable, myopathie, insuffisance respiratoire instable, Parkinson non équilibré, mucoviscidose, insuffisance rénale dialysée décompensée, suite de transplantation d'organe, paraplégie non traumatique, polyarthrite rhumatoïde évolutive, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, complication invalidante suite à des actes chirurgicaux et certaines polyopathologies (association de plusieurs maladies) dont la prise en charge sera laissée à l'appréciation des médecins de **FILASSISTANCE**.
- **Proche parent :** Ascendant et descendant du 1^{er} degré, Conjoint et beaux-parents de l'Adhérent.
- **Titre de transport :** Dans la limite des disponibilités, pour les trajets dont la durée est inférieure à 5 heures, il est remis un billet de train, aller et retour, 1^{re} classe. Pour les trajets supérieurs à cette durée, il est remis un billet d'avion, aller et retour, classe économique.

Zone de résidence :

- Pour l'Adhérent résidant en France métropolitaine : zone couvrant la France métropolitaine.
- Pour l'Adhérent résidant dans les Départements-Régions d'Outre-Mer français : zone limitée au Département-Région dans lequel se trouve le Domicile de l'Adhérent.
- Pour l'Adhérent résidant dans les Collectivités d'Outre-Mer : zone limitée à la Collectivité d'Outre-Mer française dans laquelle se trouve le Domicile de l'Adhérent.

C PRESTATIONS D'ASSISTANCE

C.1 ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE

1. PRESTATIONS ACCESSIBLES AUX BÉNÉFICIAIRES DES L'ADHÉSION

1.1. INFORMATIONS JURIDIQUES

FILASSISTANCE apporte aide et informations au Bénéficiaire dans les domaines de la vie pratique et juridique :

■ **Renseignements réglementaires**

- **Justice/Défense/Recours** : à qui vous adresser, comment porter plainte, juridictions civiles, juridictions administratives, juridictions pénales, frais de justice, aide judiciaire, amendes pénales, etc.
- **Sociétés/Commerçants/Artisans/Affaires** : professions libérales, professions commerciales et industrielles, professions artisanales, sociétés commerciales, TVA et autres taxes, assurances professionnelles, aide-mémoire de formalités, frais d'installation.
- **Assurances sociales/Allocations/Retraites** : salaires, fonction publique, commerce, artisanat, professions libérales, agriculteurs, prestations familiales, accidents du travail, pension de réversion des salariés, pension de réversion des non-salariés, aide sociale, etc.
- **Impôts/Fiscalité** : imprimés à remplir, traitements et salaires, revenus fonciers, BIC, BNC, BA, plus-values, charges déductibles, calcul de l'impôt, impôts locaux, réclamations, paiements, contrôles, etc.
- **Famille** : régimes matrimoniaux, grossesse, naissance, adoption, éducation des enfants, émancipation des mineurs, union libre, divorce, succession, décès, handicapés, etc.

■ **Renseignements vie pratique**

- **Habitation/Logement** : acquisition, construction, financement, bail, congés, copropriété, vente, achat en viager, résidence secondaire, urbanisme, expropriation, les professionnels et l'immobilier, organismes à consulter, etc.
- **Consommation** : argent et chèques dans la vie quotidienne, santé, personnel de maison, protection de la vie privée, l'énergie dans la vie quotidienne, automobile, vivre mieux (nouvelles brèves et conseils) etc.
- **Vacances/Loisirs** : Vacances en famille, enfants et adolescents, camping, caravanning, voyages organisés, centres et mouvements de jeunesse, activités de plein air, activités culturelles, loisirs du 3^e âge, vacances à l'Étranger, votre argent en vacances, etc.
- **Formalités/Cartes/Permis** : état civil, passeport, casiers judiciaires, cartes et permis divers, obligations militaires, déménagements, etc.
- **Les services publics** : EDF/GDF, opérateurs téléphoniques, SNCF, la Mairie, la Préfecture, le Médiateur : pour quels services ?, À qui s'adresser ? Comment ?
- **Enseignement/Formation** : école maternelle, primaire, secondaire, après le baccalauréat, bourses du second degré, aides financières pour étudiants, téléenseignements, collèges et lycées spéciaux, etc.

1.2. ÉCOUTE ET AIDE À LA RECHERCHE DE PROFESSIONNELS ASSURANT LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

FILASSISTANCE met en relation le Bénéficiaire avec sa plate-forme d'écoute médico-psycho-sociale composée de chargés d'assistance spécialisés, de psychologues cliniciens, de médecins, d'assistantes sociales, destinée à lui assurer une écoute adaptée et/ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

Une autorisation écrite des parents (ou du tuteur légal) titulaires de l'autorité parentale du Bénéficiaire mineur est requise avant la réalisation de la consultation téléphonique avec un psychologue. L'obtention de l'autorisation est à la charge de FILASSISTANCE qui s'y oblige.

Filassistance prend en charge 5 entretiens téléphoniques et 3 entretiens face à face par année civile.

1.3. CONSEIL SOCIAL

FILASSISTANCE organise et prend en charge 5 entretiens téléphoniques avec le Bénéficiaire sur une **période de 12 mois consécutifs** avec un Travailleur Social.

Le Travailleur Social évaluera les besoins d'aide et d'accompagnement en matière de droits sociaux, identifiera les priorités et propose des solutions au Bénéficiaire.

1.4. SERVICES À LA CARTE

FILASSISTANCE recherche et met en relation le Bénéficiaire avec l'un des prestataires suivants, **sous réserve des disponibilités locales** :

- Livraison de repas, de courses, de médicaments.
- Télé sécurité, garde du domicile (vigile).
- Garde des petits-enfants, des animaux de compagnie.
- Aide-ménagère, accompagnateur dans les déplacements.
- Auxiliaire de vie, professionnels paramédicaux.
- Coiffeur, pédicure, esthéticienne, dame de compagnie, service « blanchisserie ».
- Et tout autre service de proximité répondant à un besoin lié à l'organisation de la vie quotidienne (taxis, gares, aéroports, loueurs de véhicules, gendarmeries, entreprises de dépannage situées dans un rayon de 30 km du domicile...).

FILASSISTANCE indique au Bénéficiaire quels sont les services à la carte qui peuvent être financés par les Chèques Emploi Service Universel (ou CESU). Dans ce dernier cas, ils peuvent ouvrir droit à des réductions d'impôt dès lors qu'ils sont délivrés par des prestataires agréés (et dans les conditions de la réglementation en vigueur).

1.5. NUTRITION PRÉVENTION SANTÉ

À la demande du Bénéficiaire, **FILASSISTANCE** le met en relation **une fois par année civile**, avec un diététicien pour bénéficier de conseils diététiques par téléphone et prévenir les risques liés à son alimentation.

Les frais de consultation ainsi que le bilan nutritionnel qui pourra être réalisé sont à la charge du Bénéficiaire.

1.6. COACHING FORME

FILASSISTANCE organise et prend en charge, un service individuel de mise à l'activité physique ou sportive pour le Bénéficiaire.

Le programme permet de réaliser un bilan à distance suivi d'un accompagnement motivationnel et de conseils téléphoniques réalisés par un éducateur en activité physique adaptée.

FILASSISTANCE prend en charge 5 entretiens téléphoniques par année civile.

2. PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION AMBULATOIRE SUIVIE D'UNE IMMOBILISATION SUPÉRIEURE À 3 JOURS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

2.1. AIDE À DOMICILE

FILASSISTANCE met à disposition de l'Adhérent ou de son Conjoint une Aide à domicile exerçant dans sa Zone de résidence, afin de le soulager dans ses tâches ménagères.

FILASSISTANCE prend en charge la rémunération de l'Aide à domicile, dans les conditions ci-dessous :

- Avant la mise en œuvre de la prestation, un certificat médical devra être adressé à **FILASSISTANCE sous pli confidentiel** à l'attention du médecin régulateur de **FILASSISTANCE**.
- **La durée de mise en œuvre de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'Adhérent/de son Conjoint, par le service médical de FILASSISTANCE.**

FILASSISTANCE prend en charge la rémunération du prestataire à hauteur de 10 heures maximum réparties sur les 5 jours suivant le début de l'Immobilisation de l'Adhérent ou de son Conjoint.

3. PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE À 2 JOURS OU D'IMMOBILISATION AU DOMICILE SUPÉRIEURE À 5 JOURS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

3.1. AIDE À DOMICILE

FILASSISTANCE met à disposition de l'Adhérent ou de son Conjoint une Aide à domicile exerçant dans sa Zone de résidence, afin de le soulager dans ses tâches ménagères.

FILASSISTANCE prend en charge la rémunération de l'Aide à domicile, dans les conditions ci-dessous :

- Avant la mise en œuvre de la prestation, un certificat médical devra être adressé à **FILASSISTANCE sous pli confidentiel** à l'attention du médecin régulateur de **FILASSISTANCE**.
- **La durée de mise en œuvre de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'Adhérent/de son Conjoint, par le service médical de FILASSISTANCE.**

FILASSISTANCE prend en charge la rémunération du prestataire à hauteur de 30 heures maximum réparties sur les 30 jours suivant le début de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation ou la date de fin d'Hospitalisation ou d'Immobilisation de l'Adhérent ou de son Conjoint.

3.2. ACCOMPAGNEMENT AU TRAVAIL

Suite à l'Hospitalisation ou pendant la période d'Immobilisation et si l'état de santé de l'Adhérent ou de son Conjoint le permet, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge son accompagnement en taxi de son Domicile à son lieu de travail **dans la limite de 5 aller-retour par Évènement**.

La distance entre le Domicile de l'Adhérent et le lieu de travail est limitée à 30 km.

3.3. GARDE OU TRANSFERT DES ENFANTS ÂGÉS DE MOINS DE 16 ANS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Si personne ne peut s'occuper des enfants âgés de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint restés au Domicile, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge **l'une** des prestations ci-dessous, choisie par l'Adhérent ou par son Conjoint :

- La garde à Domicile : le nombre d'heures de garde attribué est évalué par **FILASSISTANCE** selon la situation et **ne pourra dépasser 10 heures par jour dans la limite de 2 jours par Évènement** ;
- OU le transfert des enfants, chez un proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, en mettant à leur disposition **un Titre de transport** ;
- OU la venue d'un proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, jusqu'au Domicile, en mettant à sa disposition **un Titre de transport**.

3.4. ACCOMPAGNEMENT DES ENFANTS ÂGÉS DE MOINS DE 16 ANS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT À L'ÉCOLE, À LA CRÈCHE OU AU DOMICILE DE LA NOURRICE

Si personne ne peut assurer l'accompagnement des enfants **âgés de moins de 16 ans** de l'Adhérent ou de son Conjoint, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge leur conduite soit à l'école, soit à la crèche soit au domicile de la nourrice et leur retour au Domicile de l'Adhérent.

La prise en charge est limitée à 5 aller-retour par semaine par enfant, sur une période de 4 semaines maximum par Évènement.

La distance entre le Domicile de l'Adhérent et l'école, la crèche ou le Domicile de la nourrice est limitée à 25 km.

3.5. ACCOMPAGNEMENT DES ENFANTS ÂGÉS DE MOINS DE 16 ANS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT AUX ACTIVITÉS EXTRASCOLAIRES

Si personne ne peut assurer l'accompagnement des enfants âgés de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge leur conduite aux activités extrascolaires et leur retour au Domicile de l'Adhérent.

La prise en charge est limitée à un aller-retour par semaine par enfant, sur une période de 4 semaines maximum par Évènement.

3.6. AIDE AUX DEVOIRS

FILASSISTANCE organise et prend en charge à compter du 1^{er} **d'Hospitalisation ou d'Immobilisation de l'Adhérent**, le soutien pédagogique de leur enfant du cours primaire au secondaire dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), **au Domicile de l'Adhérent, du lundi au vendredi**, à raison de 2 heures maximum par semaine par enfant dans la limite 4 semaines par Évènement, hors vacances scolaires et jours fériés.

Cette prestation est subordonnée à l'existence d'un ou plusieurs répétiteurs dans un rayon de 25 km du Domicile de l'Adhérent.

En tout état de cause, cette prestation cesse le dernier jour de l'année scolaire tel que défini par le Ministère de l'Éducation Nationale.

3.7. GARDE OU TRANSFERT DES ASCENDANTS DÉPENDANTS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Si personne ne peut s'occuper des ascendants dépendants de l'Adhérent ou de son Conjoint, vivant habituellement au Domicile et restés seuls, **FILASSISTANCE** organise et prend **l'une** des prestations ci-dessous, choisie par l'Adhérent ou par son Conjoint :

- La garde à Domicile : le nombre d'heures de garde attribué est évalué par **FILASSISTANCE** selon la situation et **ne pourra dépasser 30 heures par Évènement réparties sur les 30 jours** suivant le début de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation de l'Adhérent ou de son Conjoint ;
- OU le transfert des ascendants, chez un proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, en mettant à leur disposition **un Titre de transport** ;
- OU la venue d'un proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, jusqu'au Domicile, en mettant à sa disposition **un Titre de transport**.

3.8. PRÉSENCE D'UN PROCHE AU CHEVET

FILASSISTANCE organise et prend en charge le transport d'un proche résidant dans la même Zone de résidence que celle de l'Adhérent, en mettant à sa disposition un **Titre de transport**, afin de se rendre au chevet de l'Adhérent ou de son Conjoint.

FILASSISTANCE prend également en charge l'hébergement du proche sur place pendant 2 nuits maximum (petit déjeuner inclus) dans la limite 50 € TTC par nuit.

3.9. PRISE EN CHARGE DES ANIMAUX DE COMPAGNIE

FILASSISTANCE organise et prend en charge (hors frais de toilettage et de soins vétérinaires), pendant la période d'Hospitalisation ou d'Immobilisation, la garde à l'extérieur ou l'entretien à Domicile ou bien la promenade des Animaux de compagnie tels que définis ci-dessus.

La prise en charge de la garde ou de la promenade de ces animaux ne peut excéder une période de 15 jours maximum par Évènement.

4. PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS EN CAS D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE À 2 JOURS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

4.1. TRANSFERT POST-HOSPITALISATION CHEZ UN PROCHE

FILASSISTANCE organise et prend en charge le transport non médicalisé de l'Adhérent ou de son Conjoint depuis son Domicile vers le domicile d'un proche résidant dans la même Zone de résidence de l'Adhérent, **dans la limite de 200 € TTC par Évènement et par année civile.**

Cette prestation doit être mise en œuvre dans les 5 jours suivant la date de sortie de l'Adhérent ou de son Conjoint de l'Hôpital.

5. PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS EN CAS D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE À 14 JOURS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

5.1. PRÉPARATION DU RETOUR AU DOMICILE

Si aucun proche de l'Adhérent ou de son Conjoint n'est présent localement, FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue d'un intervenant qualifié **dans la limite de 4 heures par Évènement** pour permettre un retour au Domicile de l'Adhérent ou de son Conjoint dans les meilleures conditions.

Cette prestation comprend :

- La réouverture du Domicile avec notamment l'ouverture des volets, de l'eau, du gaz, de l'électricité et des appareils électriques,
- La mise en température du chauffage du logement,
- Le ménage,
- Les courses, **le coût des courses demeurant à la charge de l'Adhérent ou de son Conjoint.**

La prestation est conditionnée par la remise d'une demande écrite d'intervention de l'Adhérent ou de son Conjoint, la mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et les conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux.

FILASSISTANCE intervient dans les 24 heures suite à la remise des clés et/ou du code d'accès de l'habitation.

Ce délai peut être porté à 48 heures si la transmission des clés est faite le week-end ou la veille d'un jour férié.

Si les clés ne peuvent être remises à l'intervenant préalablement à la sortie de l'Adhérent ou de son Conjoint et sous réserve qu'il ait été missionné 48 heures avant la sortie de l'hôpital, l'intervenant accomplira sa mission le jour du retour au Domicile.

6. PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE SUPÉRIEURE À 2 JOURS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

6.1. FERMETURE DU DOMICILE

Si aucun proche de l'Adhérent ou de son Conjoint n'est présent localement, FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue d'un intervenant qualifié **dans la limite de 2 heures par Évènement** afin de s'assurer que le Domicile de l'Adhérent soit apte à rester fermé pendant une durée indéterminée.

Cette prestation comprend :

- la fermeture des accès du logement : portes, portail, garage, fenêtres, volets...
- la fermeture des éléments situés à l'intérieur du logement : lumières, appareils électriques...
- le traitement des denrées périssables : vider les poubelles, lave-vaisselle, machine à laver, tri des aliments du frigo...

La prestation est conditionnée par la remise d'une demande écrite d'intervention de l'Adhérent ou de son Conjoint, la mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et les conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux.

FILASSISTANCE intervient dans les 24 heures suite à la remise des clés et/ou du code d'accès de l'habitation. Ce délai peut être porté à 48 heures si la transmission des clés est faite le week-end ou la veille d'un jour férié.

7. PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS EN CAS D'IMMOBILISATION SUPÉRIEURE À 5 JOURS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

7.1. TRANSPORT AUX RENDEZ-VOUS MÉDICAUX

Si l'état de santé de l'Adhérent ou de son Conjoint le permet, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge son accompagnement non médicalisé au lieu de son rendez-vous médical **dans la limite de 2 aller-retour par Évènement. La distance entre le Domicile de l'Adhérent et le lieu du rendez-vous médical est limitée à 25 km.**

8. PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS EN CAS D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE À 2 JOURS OU EN CAS D'IMMOBILISATION SUPÉRIEURE À 5 JOURS DE L'ENFANT ÂGÉ DE MOINS DE 16 ANS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

8.1. AIDE À DOMICILE

FILASSISTANCE met à disposition de l'Adhérent ou de son Conjoint une Aide à domicile exerçant dans sa Zone de résidence, afin de le soulager dans ses tâches ménagères.

FILASSISTANCE prend en charge la rémunération de l'Aide à domicile, dans les conditions ci-dessous :

- Avant la mise en œuvre de la prestation, un certificat médical devra être adressé à **FILASSISTANCE sous pli confidentiel** à l'attention du médecin régulateur de **FILASSISTANCE**.
- La durée de mise en œuvre de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé de l'enfant et/ou de la situation de famille de l'Adhérent/de son Conjoint, par le service médical de **FILASSISTANCE**.

FILASSISTANCE prend en charge la rémunération du prestataire à hauteur de 5 heures maximum pendant la période d'Hospitalisation ou d'Immobilisation de l'enfant.

8.2. GARDE OU TRANSFERT DES AUTRES ENFANTS ÂGÉS DE MOINS DE 16 ANS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Si personne ne peut s'occuper des autres enfants âgés de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint restés au Domicile, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge **l'une** des prestations ci-dessous, choisie par l'Adhérent ou par son Conjoint :

- La garde à Domicile : le nombre d'heures de garde attribué est évalué par **FILASSISTANCE** selon la situation et **ne pourra dépasser 30 heures par Évènement réparties sur 2 jours consécutifs suivant le début d'Hospitalisation et d'Immobilisation ;**
- OU le transfert des enfants, chez un proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, en mettant à leur disposition **un Titre de transport ;**
- OU la venue d'un proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, jusqu'au Domicile, en mettant à sa disposition **un Titre de transport ;**
- OU l'accompagnement des enfants à l'école, à la crèche ou chez la nourrice, **dans la limite de 5 aller-retour par Évènement pour l'ensemble des enfants et dans un rayon de 25 km maximum du Domicile de l'Adhérent.**

9. PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'IMMOBILISATION SUPÉRIEURE À 14 JOURS DE L'ENFANT ÂGÉ DE MOINS DE 16 ANS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

9.1. ÉCOLE À DOMICILE

FILASSISTANCE organise et prend en charge à compter du 1^{er} jour d'Immobilisation de l'enfant de l'Adhérent ou de son Conjoint, le soutien pédagogique de leur enfant du cours primaire au secondaire dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), au Domicile de l'Adhérent ou au Domicile d'un proche résidant dans la même Zone de résidence de l'Adhérent (si l'enfant doit être transféré chez un proche éloigné géographiquement de son école), du lundi au vendredi, à raison de 10 heures maximum par semaine dans la limite 4 semaines maximum par Évènement, hors vacances scolaires et jours fériés.

Cette prestation s'applique pendant la période d'Immobilisation et est subordonnée à l'existence d'un ou plusieurs répétiteurs dans un rayon de 25 km du Domicile de l'Adhérent.

En tout état de cause, cette prestation cesse le dernier jour de l'année scolaire tel que défini par le Ministère de l'Éducation Nationale.

Cette prestation ne s'applique pas pour les cas de phobie scolaire ou d'affection de longue durée.

Un certificat médical devra être adressé à l'équipe médicale de **FILASSISTANCE** avant la mise en œuvre de la prestation garantie, indiquant la nature de la Maladie ou de l'Accident et précisant que l'enfant, ne peut compte tenu de cette Maladie/Accident, se rendre dans son établissement scolaire et la durée de son Immobilisation.

10. PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE À 2 JOURS OU D'IMMOBILISATION SUPÉRIEURE À 5 JOURS DE LA NOURRICE

10.1. GARDE DES ENFANTS ÂGÉS DE MOINS DE 16 ANS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Si personne ne peut s'occuper des enfants âgés de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint restés au Domicile et qu'ils ne peuvent pas rester seuls, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge leur garde à Domicile dans la limite de 30 heures maximum par Évènement.

Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par FILASSISTANCE selon la situation.

11. PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'AGRESSION DE L'ADHÉRENT LORS DE L'EXERCICE DE SA PROFESSION

11.1.1. ACCOMPAGNEMENT À L'ÉCOLE, À LA CRÈCHE OU CHEZ LA NOURRICE DES ENFANTS ÂGÉS DE MOINS DE 16 ANS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Si personne ne peut assurer l'accompagnement des enfants âgés de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge leur retour à Domicile depuis l'école, la crèche ou le domicile de la nourrice.

FILASSISTANCE prend en charge 5 aller-retour maximum par Évènement pour l'ensemble des enfants et dans un rayon de 25 km maximum du Domicile de l'Adhérent.

11.1.2. GARDE OU TRANSFERT DES ENFANTS ÂGÉS DE MOINS DE 16 ANS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Si personne ne peut s'occuper des enfants âgés de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint restés au Domicile, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge l'une des prestations ci-dessous, choisie par l'Adhérent ou par son Conjoint:

- La garde à Domicile : le nombre d'heures de garde attribué est évalué par **FILASSISTANCE** selon la situation et **ne pourra dépasser 10 heures par jour dans la limite de 2 jours par Évènement**;
- OU le transfert des enfants, chez un proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, en mettant à leur disposition **un Titre de transport**;
- OU la venue d'un proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, jusqu'au Domicile, en mettant à sa disposition **un Titre de transport**.

11.1.3. ÉCOUTE ET AIDE À LA RECHERCHE DE PROFESSIONNELS ASSURANT LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

FILASSISTANCE met en relation l'Adhérent avec sa plate-forme d'écoute médico-psycho-sociale composée de chargés d'assistance spécialisés, de psychologues cliniciens, de médecins, d'assistantes sociales, destinée à lui assurer une écoute adaptée et/ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

FILASSISTANCE prend en charge 5 entretiens téléphoniques maximum par année civile.

11.1. ACCOMPAGNEMENT AUX DÉPLACEMENTS

Si l'état de santé de l'Adhérent le permet, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge son accompagnement aux déplacements **dans la limite 4 aller/retour avec un maximum de 250 € TTC par Évènement**.
Cette prestation doit être mise en œuvre dans les 30 jours suivant l'Évènement.

11.1.1. GARDE OU TRANSFERT DES ASCENDANTS DÉPENDANTS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Si personne ne peut s'occuper des ascendants dépendants de l'Adhérent ou de son Conjoint, vivant habituellement au Domicile et restés seuls, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge **l'une** des prestations ci-dessous, choisie par l'Adhérent ou par son Conjoint :

- La garde à Domicile : le nombre d'heures de garde attribué est évalué par **FILASSISTANCE** selon la situation et **ne pourra dépasser 30 heures par Évènement réparties sur les 30 jours suivant l'Évènement** ;
- OU le transfert des ascendants, chez un proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, en mettant à leur disposition **un Titre de transport** ;
- OU la venue d'un proche dans la Zone de résidence de l'Adhérent, jusqu'au Domicile, en mettant à sa disposition **un Titre de transport**.

C.2 ASSISTANCE MATERNITÉ ET/OU GROSSESSE PATHOLOGIQUE

Les garanties ci-dessous s'appliquent en cas de :

- Immobilisation **supérieure à 15 jours** de l'Adhérent ou de son Conjoint pour une grossesse pathologique avec alitement
- Hospitalisation de l'Adhérent ou de son Conjoint **supérieure à 5 jours** suite à un accouchement
- Naissance d'un enfant prématuré (**entre le début de la 25^e semaine d'aménorrhée jusqu'à la 32^e semaine d'aménorrhée révolue**)
- Naissance multiple

1. AIDE À DOMICILE

FILASSISTANCE met à disposition de l'Adhérent ou de son Conjoint une Aide à domicile exerçant dans sa Zone de résidence, afin de le soulager dans ses tâches ménagères.

FILASSISTANCE prend en charge la rémunération de l'Aide à domicile, dans les conditions ci-dessous :

- Avant la mise en œuvre de la prestation, un certificat médical devra être adressé à **FILASSISTANCE** **sous pli confidentiel** à l'attention du médecin régulateur de **FILASSISTANCE**.
- **La durée de mise en œuvre de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'Adhérent/de son Conjoint, par le service médical de FILASSISTANCE.**

FILASSISTANCE prend en charge la rémunération du prestataire à hauteur de 30 heures maximum réparties sur les 30 jours suivant l'Évènement.

2. GARDE OU TRANSFERT DES ENFANTS ÂGÉS DE MOINS DE 16 ANS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Si personne ne peut s'occuper des enfants âgés de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint restés au Domicile, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge **l'une** des prestations ci-dessous, choisie par l'Adhérent ou par son Conjoint :

- La garde à Domicile : le nombre d'heures de garde attribué est évalué par **FILASSISTANCE** selon la situation et **ne pourra dépasser 30 heures réparties sur les 30 jours suivant l'Évènement** ; OU le transfert des enfants, chez un proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, en mettant à leur disposition **un Titre de transport** ;
- OU la venue d'un proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, jusqu'au Domicile, en mettant à sa disposition **un Titre de transport** ;
- OU l'accompagnement des enfants à l'école, à la crèche ou chez la nourrice, **dans la limite de 5 aller-retour par Évènement pour l'ensemble des enfants et dans un rayon de 25 km maximum du Domicile de l'Adhérent.**

3. ACQUISITION DES GESTES 1^{er} ENFANT

FILASSISTANCE organise et prend en charge l'envoi d'un technicien d'intervention sociale et familiale (TISF) à son domicile pour faciliter l'acquisition des gestes liés à la maternité.

Le nombre d'heures attribué est évalué par FILASSISTANCE selon la situation et ne pourra dépasser 4 heures par Évènement réparties sur les 10 jours suivant le retour au Domicile de l'Adhérent ou de son Conjoint.

C.3 ASSISTANCE COMPLÉMENTAIRE POUR LES PATHOLOGIES LOURDES

Les garanties ci-dessous s'appliquent en cas de :

- Hospitalisation **suite à une Pathologie lourde supérieure à 5 jours** du Bénéficiaire
- Traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie du Bénéficiaire,
- Aggravation d'une Pathologie lourde ou nécessitant un des traitements ci-dessus et entraînant une Hospitalisation **supérieure à 10 jours** du Bénéficiaire

1. ENVELOPPE DE SERVICES

FILASSISTANCE met à disposition du Bénéficiaire une enveloppe de services **limitée à 50 unités de consommation à utiliser sur une période maximale de 12 mois.**

Une seule enveloppe de services est accordée sur une même période de 12 mois.

Ces unités peuvent être demandées au fur et à mesure des besoins.

Le nombre d'unité ne pourra être modifié dès lors que l'accord au Bénéficiaire aura été donné pour la mise en œuvre d'une ou plusieurs garanties et que celles-ci auront débuté.

Enveloppe de services pour le Bénéficiaire

Le décompte en unité correspond aux garanties suivantes :

	Enveloppe Adulte Malade	
	UNITÉ DE MESURE	VALEUR UNITAIRE
Aide à domicile	1 heure	1 unité
Présence d'un proche	1 Titre de transport + hébergement*	10 unités
Transport aux RDV médicaux	1 Titre de transport	4 unités
Livraison de médicaments	1 livraison	2 unités
Portage de repas	1 livraison	1 unité
Coiffure à domicile	1 déplacement	1 unité
Esthéticienne	1 déplacement	1 unité
Entretien jardin	1 heure	1 unité
Garde d'enfant	1 heure	2 unités
Conduite à l'école	1 Titre de transport par jour	4 unités
Conduite aux activités extrascolaires	1 Titre de transport par jour	4 unités

* Dans la limite de 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 50 € TTC par nuit.

2. TÉLÉASSISTANCE

FILASSISTANCE met à disposition de l'Adhérent ou de son Conjoint, un service de téléassistance avec un appareil qui permet de garder contact privilégié avec l'extérieur, d'accéder à des services de proximité et à la fonction de téléassistance.

D'un simple geste, il peut alerter la centrale de réception qui identifie l'appel même si l'utilisateur ne peut pas parler.

Les prestations liées à la mise en place du centre de réception d'appels sont les suivantes :

- Gestion de la « fiche médicale » de l'abonné.
- Écoute 24 heures sur 24 par les équipes d'assistance.

- Présence 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 d'une équipe spécialisée dans le centre d'appels de **FILASSISTANCE**.
- Dialogue, si nécessaire, avec l'équipe médicale de **FILASSISTANCE**.
- Mise en relation, si nécessaire, avec les structures d'urgence (**sans prise en charge**).

Les frais de mise en service de l'appareil ainsi que les 3 premiers mois d'abonnement sont pris en charge par FILASSISTANCE.

3. BILAN SITUATIONNEL PAR UN ERGOTHÉRAPEUTE

FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute au Domicile de l'Adhérent.

Cette prestation prend en compte l'évaluation de l'Adhérent ou de son Conjoint dans son lieu de vie (bilan de la personne, bilan matériel de l'environnement de vie).

Cette évaluation est complétée par un rapport (croquis des aménagements et règles d'accessibilité) préconisant des solutions d'aménagement du Domicile et sera remis à l'Adhérent/son Conjoint.

C.4 ASSISTANCE AIDE AUX AIDANTS

Les garanties ci-dessous sont applicables dans les 12 mois suivant la survenance ou l'aggravation de la perte d'autonomie de l'Aidé.

1. BILAN SOCIAL

Sur demande de l'Assuré aidant, **FILASSISTANCE organise et prend en charge un bilan social**, réalisé par un Travailleur Social.

Celui-ci évalue les besoins d'aide et d'accompagnement de l'Aidé en prenant en compte sa ou ses problématiques.

Il identifie avec l'Assuré Aidant les solutions les plus adaptées à la situation :

- Choix du lieu de vie,
- Recherche des aides financières possibles,
- Identification des ressources locales (accueil de jours, associations...),
- Mise en place de l'organisation la plus pertinente,
- Identification des priorités et envoi d'une synthèse à l'aidant, avec des préconisations personnalisées sur sa situation.

2. BILAN SITUATIONNEL PAR UN ERGOTHÉRAPEUTE AU DOMICILE

FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute au domicile de l'Aidé.

Cette prestation prend en compte l'évaluation de l'Aidé dans son lieu de vie (bilan de la personne, bilan matériel de l'environnement de vie).

Cette évaluation est complétée par un rapport (croquis des aménagements et règles d'accessibilité) préconisant des solutions d'aménagement du domicile et qui sera remis à l'Assuré aidant ou à l'Aidé.

C.5 ASSISTANCE OBSÈQUES

Les garanties « Rapatriement de corps », « Déplacement d'un proche sur le lieu de décès », « Retour des accompagnateurs » sont applicables en France et à l'Étranger pour tout séjour à plus de 50 km du Domicile et dont la durée est inférieure à 90 jours consécutifs. Les autres garanties ci-dessous ne s'appliquent qu'en France.

1. RAPATRIEMENT DE CORPS

En cas de décès d'un Bénéficiaire, **FILASSISTANCE organise et prend en charge le transport du corps.**

Celui-ci s'effectue au lieu d'inhumation ou de crémation choisi en France, situé dans la zone de résidence du Bénéficiaire.

La prise en charge inclut **les frais de préparation du défunt, les formalités, les aménagements spécifiques au transport, ainsi qu'un cercueil conforme à la législation et de qualité courante si la mise en bière est intervenue préalablement au transport en vertu d'une obligation réglementaire, ou la prise en charge du rapatriement de l'urne funéraire si la crémation a lieu sur le lieu de décès.**

Les autres frais, notamment les frais de cérémonie, d'inhumation ou d'incinération restent à la charge de la famille du défunt.

2. DÉPLACEMENT D'UN PROCHE SUR LE LIEU DU DÉCÈS

Si la présence d'un proche sur les lieux du décès s'avère indispensable pour effectuer la reconnaissance du corps, ou les formalités de rapatriement ou d'incinération du Bénéficiaire décédé, **FILASSISTANCE organise et prend en charge** le transport d'un proche habitant dans la même Zone de résidence que celle du Bénéficiaire, **en mettant à sa disposition un Titre de transport**.

FILASSISTANCE prend également en charge l'hébergement du proche sur place pendant 2 nuits maximum (petit déjeuner inclus) dans la limite 50 € TTC par nuit.

3. RETOUR DES ACCOMPAGNATEURS

FILASSISTANCE organise et prend en charge le transport des autres Bénéficiaires par le moyen le plus approprié, **dès lors que ceux-ci ne peuvent utiliser les moyens prévus pour leur retour au Domicile.**

4. AIDE À LA RECHERCHE D'UN PRESTATAIRE FUNÉRAIRE

Sur demande, **FILASSISTANCE** communique aux proches du Bénéficiaire défunt, les coordonnées d'entreprises de pompes funèbres en France pour les aider à organiser les obsèques.

Les frais engagés restent à la charge des proches du Bénéficiaire défunt.

5. AIDE À DOMICILE

Suite au décès d'un Bénéficiaire, **FILASSISTANCE** met à disposition des autres Bénéficiaire une Aide à domicile exerçant dans sa Zone de résidence, afin de le soulager dans ses tâches ménagères.

Avant la mise en œuvre de la prestation, un acte de décès devra être adressé à **FILASSISTANCE**.

La durée de mise en œuvre de cette garantie est déterminée en fonction de la situation de famille des Bénéficiaires, par le service médical de FILASSISTANCE.

FILASSISTANCE prend en charge la rémunération du prestataire à hauteur 30 heures maximum par Évènement réparties sur les 30 jours ouvrés suivant le décès du Bénéficiaire.

6. GARDE OU TRANSFERT DES ENFANTS ÂGÉS DE MOINS DE 16 ANS OU HANDICAPÉS (SANS LIMITE D'ÂGE) DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Si personne ne peut s'occuper des enfants âgés de moins de 16 ans ou handicapés de l'Adhérent ou de son Conjoint restés au Domicile, **FILASSISTANCE organise et prend en charge l'une** des prestations ci-dessous, choisie par l'Adhérent ou par son Conjoint :

- La garde à Domicile : le nombre d'heures de garde attribué est évalué par **FILASSISTANCE** selon la situation et **ne pourra dépasser 30 heures par Évènement réparties sur les 30 jours suivant l'Évènement** ;
- OU le transfert des enfants, chez un proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, en mettant à leur disposition **un Titre de transport** ;
- OU la venue d'un proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, jusqu'au Domicile, en mettant à sa disposition **un Titre de transport**.

7. ACCOMPAGNEMENT DES ENFANTS ÂGÉS DE MOINS DE 16 ANS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT À L'ÉCOLE

Si personne ne peut assurer l'accompagnement des enfants âgés de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint, **FILASSISTANCE organise et prend en charge leur conduite à l'école.**

La prise en charge est limitée à 5 aller-retour par semaine par enfant, sur une période de 30 jours suivant l'Évènement.

La distance entre le Domicile de l'Adhérent et l'école est limitée à 25 km.

8. GARDE OU TRANSFERT DES ASCENDANTS DÉPENDANTS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Si personne ne peut s'occuper des ascendants dépendants de l'Adhérent ou de son Conjoint, vivant habituellement au Domicile et restés seuls, **FILASSISTANCE organise et prend en charge l'une des prestations ci-dessous**, choisie par l'Adhérent ou par son Conjoint :

- La garde à Domicile : le nombre d'heures de garde attribué est évalué par **FILASSISTANCE** selon la situation et **ne pourra dépasser 30 heures par Évènement réparties sur 30 jours suivant l'Évènement** ;
- **OU** le transfert des ascendants, chez un proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, en mettant à leur disposition **un Titre de transport** ;
- **OU** la venue d'un proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, jusqu'au Domicile, en mettant à sa disposition **un Titre de transport**.

9. PRISE EN CHARGE DES ANIMAUX DE COMPAGNIE

FILASSISTANCE organise et prend en charge (hors frais de toilettage et de soins vétérinaires) la garde à l'extérieur ou l'entretien à Domicile des Animaux de compagnie tels que définis ci-dessus.

La prise en charge de la garde de ces animaux ne peut excéder une période de 30 jours maximum par Évènement.

C.6 ASSISTANCE VOYAGE ET DÉPLACEMENTS

Les garanties d'assistance ci-dessous s'appliquent en cas d'Accident, de Maladie soudaine survenus lors d'un déplacement non professionnel à plus de 50 km du Domicile et dont la durée est inférieure à 90 jours consécutifs (à l'exception de la garantie « FRAIS MÉDICAUX DENTAIRES ET D'HOSPITALISATION À L'ÉTRANGER » qui ne s'applique qu'à l'Étranger).

1. RAPATRIEMENT MÉDICAL

Lorsque les médecins de **FILASSISTANCE**, après avis des médecins consultés localement et, si nécessaire, du médecin traitant, et en cas de nécessité médicalement établie, décident du rapatriement et en déterminent les moyens (ambulance, train, avion de ligne, avion sanitaire ou tout autre moyen approprié).

Les choix concernant les modalités de cette assistance médicale relèvent en tout état de cause de l'appréciation souveraine du médecin de FILASSISTANCE.

FILASSISTANCE organise le retour du Bénéficiaire à son Domicile ou dans un hôpital, adapté proche de son domicile et prend en charge le coût de ce transport.

FILASSISTANCE ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.

Si le moyen de retour prévu initialement ne peut être utilisé, **FILASSISTANCE organise et prend en charge le retour des autres Bénéficiaires à leur domicile.**

Lorsque le rapatriement concerne un **enfant âgé de moins de 16 ans non accompagné**, **FILASSISTANCE organise et prend en charge systématiquement un Titre de transport** pour un proche habitant dans la même Zone de résidence du Bénéficiaire, afin qu'il accompagne cet enfant dans son déplacement.

Lorsque le voyage d'un proche est impossible, **FILASSISTANCE** fait accompagner cet enfant par une personne habilitée.

2. VENUE SUR PLACE D'UN ACCOMPAGNANT

Lorsque le Bénéficiaire blessé, non transportable, doit rester hospitalisé **sur place pour une durée supérieure à 10 jours**, **FILASSISTANCE organise et prend en charge le transport d'un proche habitant dans la même Zone de résidence que celle du Bénéficiaire, en mettant à sa disposition un Titre de transport.**

FILASSISTANCE prend également en charge l'hébergement du proche sur place pendant 10 nuits maximum (petit déjeuner inclus) dans la limite 50 € TTC par nuit.

3. FRAIS MÉDICAUX DENTAIRES ET D'HOSPITALISATION À L'ÉTRANGER

Attention: pour les sinistres survenus dans un état de l'Union Européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège et en Suisse, la mise en œuvre de cette garantie est subordonnée à la détention par le Bénéficiaire de la Carte Européenne d'Assurance Maladie (ce document est délivré, sur demande de l'assuré social, par la Caisse primaire d'assurance maladie). Il appartient donc au Bénéficiaire de procéder, avant son départ en voyage, à l'ensemble des démarches nécessaires en vue d'obtenir cette carte.

FILASSISTANCE, en complément des prestations dues par les organismes sociaux français, la mutuelle ou tout autre organisme de prévoyance individuelle ou collective dont bénéficie le Bénéficiaire, prend en charge, **déduction faite d'une franchise de 30 €**, les frais médicaux et d'Hospitalisation engagés sur place à concurrence de 50 000 € TTC par Bénéficiaire, **sous réserve que celui-ci ait la qualité d'assuré auprès d'un organisme d'assurance maladie.**

Ce plafond est ramené à 150 € TTC pour les soins dentaires d'urgence.

Les soins faisant l'objet de cette prise en charge devront avoir été prescrits en accord avec les médecins de **FILASSISTANCE** et seront **limités à la période pendant laquelle ils jugeront le Bénéficiaire intransportable.**

Dans l'attente des remboursements par les organismes sociaux, ces frais médicaux, dentaires et d'Hospitalisation font l'objet d'une avance **dans la limite de 50 000 € TTC pour les frais médicaux et d'Hospitalisation et dans la limite de 150 € TTC pour les soins dentaires d'urgence.**

Le Bénéficiaire s'engage à effectuer, **dès son retour en France, toute démarche nécessaire au recouvrement de ces frais auprès des organismes concernés, et à transmettre à FILASSISTANCE les décomptes originaux justifiant les remboursements obtenus des organismes sociaux.**

La garantie cesse automatiquement à la date où FILASSISTANCE procède au rapatriement du Bénéficiaire.

Le Bénéficiaire doit joindre sous pli confidentiel à l'attention du Directeur Médical de **FILASSISTANCE**, le certificat médical initial précisant la nature de l'Accident ou de la Maladie et tout autre certificat demandé par **FILASSISTANCE**. À défaut, **FILASSISTANCE** ne pourra pas procéder au remboursement.

▪ Exclusions spécifiques à pris en charge complémentaire des frais médicaux

Les exclusions communes à toutes les garanties du présent contrat et les exclusions spécifiques à l'assistance médicale sont applicables.

En outre ne pourront donner lieu ni à avance, ni à remboursement, ni à prise en charge, les frais:

- de vaccination;
- de prothèse, d'appareillage, de lunettes et de verres de contact;
- de traitements et d'interventions chirurgicales de caractère esthétique non consécutifs à un Accident;
- de cures, séjours en maison de repos et de rééducation.

4. FRAIS DE SECOURS EN MONTAGNE

En cas d'Accident lié à la pratique du ski alpin ou de fond, **dans le domaine skiable autorisé et hors compétition sportive, FILASSISTANCE prend en charge les frais de secours** appropriés du lieu de l'Accident jusqu'à la structure médicale adaptée, à l'exception des frais de recherche, dans la limite de 160 € TTC par Évènement.

À l'Étranger, **FILASSISTANCE prend en charge les frais de secours en montagne**, qu'ils soient liés ou non à la pratique du ski, à l'exception des frais de recherche, dans la limite de 160 € TTC par Évènement.

D TABLEAU SYNOPTIQUE DES PRESTATIONS GARANTIES

PRESTATIONS ACCESSIBLES DES L'ADHÉSION

Informations juridiques	Informations téléphoniques.
Écoute psychologique et aide à la recherche de professionnels assurant la prise en charge psychologique	5 entretiens téléphoniques par année civile. Prise en charge de 3 entretiens face à face par année civile.
Conseil social	5 entretiens téléphoniques sur 12 mois consécutifs.
Services à la carte	Mise en relation.
Nutrition prévention santé	1 entretien téléphonique par année civile.
Coaching forme	5 entretiens téléphoniques par année civile.

PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION EN AMBULATOIRE SUIVIE D'UNE IMMOBILISATION SUPÉRIEURE À 3 JOURS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Aide à domicile	10 heures maximum réparties sur les 5 jours suivant le début de l'Immobilisation de l'Adhérent ou de son Conjoint.
-----------------	---

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE À 2 JOURS OU D'IMMOBILISATION AU DOMICILE SUPÉRIEURE À 5 JOURS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Aide à domicile	30 heures maximum réparties sur les 30 jours suivant le début ou la fin de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation de l'Adhérent ou de son Conjoint.
Accompagnement au travail	5 aller-retour maximum par Évènement.
Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint ▪ Garde au Domicile ▪ <u>OU</u> Transfert des enfants chez un proche ▪ <u>OU</u> Venue d'un proche au Domicile de l'Adhérent	10 heures maximum par jour dans la limite de 2 jours maximum par Évènement. 1 Titre de transport aller-retour. 1 Titre de transport aller-retour.
Accompagnement des enfants âgés de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint à l'école, à la crèche ou au domicile de la nourrice	5 aller-retour maximum par semaine/par enfant sur une période de 4 semaines maximum par Évènement.
Accompagnement des enfants âgés de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint aux activités extrascolaires	1 aller-retour maximum par semaine/par enfant sur une période de 4 semaines maximum par Évènement.
Aide aux devoirs	2 heures maximum par semaine/par enfant dans la limite de 4 semaines par Évènement.
Garde ou transfert des ascendants dépendants de l'Adhérent ou de son Conjoint ▪ Garde au Domicile ▪ <u>OU</u> Transfert chez un proche ▪ <u>OU</u> Venue d'un proche au Domicile de l'Adhérent	30 heures maximum réparties sur les 30 jours suivant le début de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation de l'Adhérent ou de son Conjoint. 1 Titre de transport aller-retour. 1 Titre de transport aller-retour.
Présence d'un proche au chevet	1 Titre de transport aller-retour. Séjour à l'hôtel pendant 2 nuits maximum dans la limite de 50 € TTC par nuit (petit-déjeuner inclus).
Prise en charge des Animaux de compagnie	Garde à Domicile ou promenade pendant 15 jours maximum par Évènement.

PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS EN CAS D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE À 2 JOURS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Transfert post-hospitalisation chez un proche

200 € TTC maximum par Évènement.

Mise en œuvre de la prestation dans les 5 jours suivant la date de sortie de l'Adhérent ou de son Conjoint de l'hôpital.

PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS EN CAS D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE À 14 JOURS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Préparation du retour au Domicile

4 heures maximum par Évènement.

PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE SUPÉRIEURE A 2 JOURS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Fermeture du Domicile

2 heures maximum par Évènement.

PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS EN CAS D'IMMOBILISATION SUPÉRIEURE À 5 JOURS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Transport aux rendez-vous médicaux

2 aller-retour maximum par Évènement.

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS EN CAS D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE À 2 JOURS OU EN CAS D'IMMOBILISATION SUPÉRIEURE À 5 JOURS DE L'ENFANT ÂGÉ DE MOINS DE 16 ANS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Aide à domicile

5 heures maximum par Évènement.

Garde ou transfert des autres enfants âgés de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint

- Garde au Domicile
- OU Transfert des enfants chez un proche
- OU Venue d'un proche au Domicile de l'Adhérent
- OU Accompagnement des enfants à l'école, à la crèche ou chez la nourrice

30 heures maximum par Évènement réparties sur 2 jours consécutifs suivant le début d'Hospitalisation et d'Immobilisation.

1 Titre de transport aller-retour.

1 Titre de transport aller-retour.

5 aller-retour par Évènement pour l'ensemble des enfants dans un rayon de 25 km du Domicile de l'Adhérent.

PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'IMMOBILISATION SUPÉRIEURE À 14 JOURS DE L'ENFANT ÂGÉ DE MOINS DE 16 ANS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

École à Domicile

10 heures maximum par semaine dans la limite de 4 semaines par Évènement.

PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE À 2 JOURS OU D'IMMOBILISATION SUPÉRIEURE À 5 JOURS DE LA NOURRICE

Garde des enfants âgés de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint

- Garde au Domicile

30 heures maximum par Évènement.

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'AGRESSION DE L'ADHÉRENT LORS DE L'EXERCICE DE SA PROFESSION

Accompagnement à l'école, à la crèche ou chez la nourrice des enfants âgés de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint	5 aller-retour maximum par Évènement.
Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint ▪ Garde au Domicile ▪ <u>OU</u> Transfert des enfants chez un proche ▪ <u>OU</u> Venue d'un proche au Domicile de l'Adhérent	10 heures maximum par jour dans la limite de 2 jours par Évènement. 1 Titre de transport aller-retour. 1 Titre de transport aller-retour.
Écoute psychologique et aide à la recherche de professionnels assurant la prise en charge psychologique	5 entretiens téléphoniques maximum par année civile.
Accompagnement aux déplacements	250 € TTC par Évènement.
Garde ou transfert des ascendants dépendants de l'Adhérent ou de son Conjoint ▪ Garde au Domicile ▪ <u>OU</u> Transfert chez un proche ▪ <u>OU</u> Venue d'un proche au Domicile de l'Adhérent	30 heures maximum réparties sur les 30 jours suivant l'Évènement. 1 Titre de transport aller-retour. 1 Titre de transport aller-retour.

ASSISTANCE MATERNITÉ ET/OU GROSSESSE PATHOLOGIQUE

Les garanties ci-dessous s'appliquent en cas de :

- Immobilisation **supérieure à 15 jours** de l'Adhérent ou de son Conjoint pour une grossesse pathologique avec alitement
- Hospitalisation de l'Adhérent ou de son Conjoint **supérieure à 5 jours** suite à un accouchement
- Naissance d'un enfant prématuré (**entre le début de la 25^e semaine d'aménorrhée jusqu'à la 32^e semaine d'aménorrhée révolue**)
- Naissance multiple

Aide à domicile	30 heures maximum réparties sur les 30 jours suivant l'Évènement.
Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint ▪ Garde au Domicile ▪ <u>OU</u> Transfert des enfants chez un proche ▪ <u>OU</u> Venue d'un proche au Domicile de l'Adhérent ▪ <u>OU</u> Accompagnement des enfants à l'école, à la crèche ou chez la nourrice	30 heures maximum réparties sur les 30 jours suivant l'Évènement. 1 Titre de transport aller-retour. 1 Titre de transport aller-retour. 5 aller-retour maximum par Évènement pour l'ensemble des enfants dans un rayon de 25 km du Domicile de l'Adhérent.
Acquisition des gestes du 1 ^{er} enfant	4 heures maximum par Évènement réparties sur les 10 jours suivant le retour au Domicile de l'Adhérent ou de son Conjoint.

ASSISTANCE COMPLÉMENTAIRE POUR LES PATHOLOGIES LOURDES

Les garanties ci-dessous s'appliquent en cas de :

- Hospitalisation suite à une Pathologie lourde supérieure à 5 jours du Bénéficiaire
- Traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie du Bénéficiaire,
- Aggravation d'une Pathologie lourde ou nécessitant un des traitements ci-dessus et entraînant une Hospitalisation supérieure à 10 jours du Bénéficiaire

	Unité de mesure	Valeur unitaire
Enveloppe de services de 50 unités par Bénéficiaire sur une période de 12 mois à compter de la date d'appel	Aide à domicile	1 heure
	Présence d'un proche	1 Titre de transport + hébergement*
	Transport aux RDV médicaux	1 Titre de transport
	Livraison de médicaments	1 livraison
	Portage de repas	1 livraison
	Unité de mesure	Valeur unitaire
	Coiffure à domicile	1 déplacement
	Esthéticienne	1 déplacement
	Entretien jardin	1 heure
	Garde d'enfant	1 heure
	Conduite à l'école	1 Titre de transport par jour
	Conduite aux activités extrascolaires	1 Titre de transport par jour

* Dans la limite de 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 50 € TTC par nuit.

Téléassistance	Frais de mise en service et 3 mois d'abonnement.
Bilan situationnel par un ergothérapeute	Prise en charge de la venue d'un ergothérapeute.

ASSISTANCE AIDE AUX AIDANTS

Bilan social	Prise en charge des frais d'un bilan social.
Bilan situationnel par un ergothérapeute	Prise en charge de la venue d'un ergothérapeute.

ASSISTANCE OBSÈQUES

Les garanties « Rapatriement de corps », « Déplacement d'un proche sur le lieu de décès », « Retour des accompagnateurs » sont applicables en France et à l'Étranger pour tout séjour à plus de 50 km du Domicile et dont la durée est inférieure à 90 jours consécutifs. Les autres garanties ci-dessous ne s'appliquent qu'en France.

Rapatriement du corps	Frais réels.
Déplacement d'un proche sur le lieu du décès	1 Titre de transport aller-retour. Séjour à l'hôtel pendant 2 nuits maximum dans la limite de 50 € TTC par nuit (petit-déjeuner inclus).
Retour des accompagnateurs	1 Titre de transport aller-retour.
Aide à la recherche d'un prestataire funéraire	Mise en relation.
Aide à domicile	30 heures maximum réparties sur les 30 jours suivant le décès.
Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans ou handicapés (sans limite d'âge) de l'Adhérent ou de son Conjoint ▪ Garde au Domicile ▪ <u>OU</u> Transfert des enfants chez un proche ▪ <u>OU</u> Venue d'un proche au Domicile de l'Adhérent	30 heures maximum réparties sur les 30 jours suivant l'Évènement. 1 Titre de transport aller-retour. 1 Titre de transport aller-retour.
Accompagnement des enfants âgés de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint à l'école	5 aller-retour maximum sur les 30 jours suivant l'Évènement.
Garde ou transfert des ascendants dépendants de l'Adhérent ou de son Conjoint ▪ Garde au Domicile ▪ <u>OU</u> Transfert chez un proche ▪ <u>OU</u> Venue d'un proche au Domicile de l'Adhérent	30 heures maximum réparties sur les 30 jours suivant l'Évènement. 1 Titre de transport aller-retour. 1 Titre de transport aller-retour.
Prise en charge des Animaux de compagnie	Garde à Domicile ou à l'extérieur pendant 30 jours maximum par Évènement.

ASSISTANCE VOYAGE ET DÉPLACEMENTS

Les garanties d'assistance ci-dessous s'appliquent en cas d'Accident, de Maladie soudaine survenus lors d'un déplacement non professionnel à plus de 50 km du Domicile et dont la durée est inférieure à 90 jours consécutifs.

Rapatriement médical	Frais réels. 1 Titre de transport aller-retour pour un accompagnant (si le Bénéficiaire est âgé de moins de 16 ans non accompagné). Titre(s) de transport pour les autres Bénéficiaires (s'ils ne peuvent utiliser le moyen de retour initialement prévu).
Venue sur place d'un accompagnant (en cas d'Hospitalisation supérieure à 10 jours du Bénéficiaire)	1 Titre de transport aller-retour. Séjour à l'hôtel pendant 10 nuits maximum dans la limite de 50 € TTC par nuit (petit-déjeuner inclus).
Frais médicaux dentaires et d'Hospitalisation à l'Étranger	50 000 € TTC par Bénéficiaire sous déduction de 30 € TTC de franchise. 150 € TTC pour les frais dentaires.
Frais de secours de montagne	160 € TTC par Évènement.

E CADRE RÉGLEMENTAIRE DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

1. DÉLIVRANCE DES PRESTATIONS

Sous réserve que le Bénéficiaire soit éligible aux prestations d'assistance, **FILASSISTANCE** délivre et prend en charge lesdites prestations telles que prévues ci-avant.

Dans le cas où un Bénéficiaire serait contraint d'avancer des frais, pour lesquels **FILASSISTANCE** a donné son accord préalable, et afin d'obtenir le remboursement de ces dépenses, le Bénéficiaire ou la personne ayant engagé les frais devra obligatoirement adresser toute pièce justificative originale que **FILASSISTANCE** jugerait utile.

Pour obtenir le remboursement des dépenses ayant reçu l'accord préalable de **FILASSISTANCE**, le Bénéficiaire ou la personne ayant engagé les frais devra obligatoirement adresser toute pièce justificative originale que **FILASSISTANCE** jugerait utile.

Le règlement desdits frais engagés par le Bénéficiaire, interviendra dans un délai de quinze (15) jours ouvrés suivant la réception desdites pièces par **FILASSISTANCE**, sauf contestation notifiée à la personne concernée.

Ce règlement sera versé soit au Bénéficiaire, soit à la personne ayant engagé les frais.

2. SUBROGATION

Conformément à l'article L121-12 du Code des assurances, **FILASSISTANCE** est subrogée dans les droits et actions du Bénéficiaire contre tout responsable du dommage, à concurrence du montant de la prestation servie.

Le Bénéficiaire doit informer **FILASSISTANCE** de l'exercice d'un recours, d'une procédure pénale ou civile, dont il a connaissance, contre l'auteur présumé du dommage dont il a été victime.

3. INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, la collecte des données à caractère personnel de l'Adhérent est nécessaire pour la gestion de son contrat d'assistance par **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** et ses prestataires.

Les informations recueillies auprès de l'Adhérent, lors d'une demande d'assistance font l'objet d'un traitement ayant pour finalités : la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assistance ; l'élaboration de statistiques notamment commerciales, d'activité et actuarielles ; l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude ; les opérations relatives à la gestion des clients ; l'amélioration du service au client ; la gestion des avis des personnes sur les produits et services.

Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de **FILASSISTANCE INTERNATIONAL**, de leurs prestataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat.

Les informations personnelles de l'Adhérent pourront éventuellement faire l'objet de transferts vers des prestataires ou des sous-traitants établis dans des pays situés hors de l'Union Européenne pour l'exécution des prestations d'assistance.

Dans le cadre de la gestion du contrat d'assistance, **FILASSISTANCE INTERNATIONAL**, ses prestataires et sous-traitants peuvent être amenés à collecter auprès de l'Adhérent des données de santé. Ces données de santé sont collectées aux fins de mise en œuvre des garanties demandées. Elles pourront être communiquées exclusivement pour cette finalité aux prestataires ou sous-traitants qui s'engagent à veiller au respect de la confidentialité des données qui leur sont transmises compte tenu de leur sensibilité.

Les données de l'Adhérent seront conservées durant toute la vie du contrat, jusqu'au 31 décembre de l'année civile suivant l'expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation.

L'Adhérent dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de ses données personnelles.

Sous certaines conditions réglementaires, l'Adhérent peut faire l'exercice du droit d'opposition ou de limitation du traitement de ses données personnelles, toutefois, toute opposition ou refus pourra empêcher l'exécution des présentes garanties.

L'Adhérent peut exercer ces différents droits en se rendant sur www.filassistance.fr ou en contactant directement le service DPD par courrier (**FILASSISTANCE INTERNATIONAL** - Délégué à la Protection des Données, 108 Bureaux de la Colline, 92213 Saint-Cloud Cedex) ou par courriel (cil@filassistance.fr).

L'Adhérent peut également demander la portabilité des données qu'il a transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat.

L'Adhérent pourra adresser ses réclamations touchant à la collecte ou au traitement de ses données à caractère personnel au service du Délégué à la Protection des Données, dont les coordonnées ont été précisées ci-dessus. En cas de désaccord persistant, l'Adhérent a la possibilité de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy 75007 Paris, <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>, 01 53 73 22 22.

4. RESPONSABILITÉ

FILASSISTANCE s'engage à mobiliser tous les moyens d'action dont elle dispose pour effectuer l'ensemble des prestations d'assistance prévues à la présente Notice. À ce titre, **FILASSISTANCE** est tenue d'une obligation de moyens dans la réalisation des prestations d'assistance garanties et il appartiendra au Bénéficiaire, de prouver la défaillance de **FILASSISTANCE**.

FILASSISTANCE est seule responsable vis-à-vis du Bénéficiaire, du défaut ou de la mauvaise exécution des prestations d'assistance. À ce titre, **FILASSISTANCE** sera responsable des dommages directs, quelle qu'en soit la nature, à l'égard du Bénéficiaire, pouvant survenir de son propre fait ou du fait de ses préposés.

Les dommages directs susvisés s'entendent de ceux qui ont un lien de causalité direct entre une faute de **FILASSISTANCE** et un préjudice du Bénéficiaire.

En tout état de cause, FILASSISTANCE ne sera pas responsable d'un manquement à ses obligations qui sera la conséquence d'une cause étrangère (cas de force majeure tels que définis par la jurisprudence de la Cour de cassation, fait de la victime ou fait d'un tiers).

5. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

FILASSISTANCE est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

6. RÉCLAMATIONS

Toute réclamation portant sur le traitement de la demande d'assistance (délai, qualité, contenu prestation fournie, etc.) devra être formulée dans un premier temps auprès du service qui a traité cette demande par téléphone au numéro suivant : **01 70 36 33 88** qui veillera à répondre dans un délai maximal de dix (10) jours, à compter de la demande.

Si la réponse formulée à sa réclamation ne le satisfait pas, le Bénéficiaire pourra adresser un courrier précisant le motif du désaccord à l'adresse suivante :

FILASSISTANCE - Service Réclamations
108 Bureaux de la Colline
92213 SAINT-CLOUD CEDEX

Cette réclamation pourra également être formulée sur le site internet www.filassistance.fr via le formulaire de contact accessible dans la rubrique « *Contactez-nous* ».

Une réponse sera alors formulée dans un délai de dix (10) jours à compter de la réception du courrier de réclamation.

Si l'instruction de la réclamation nécessite un examen justifiant un délai supplémentaire, **FILASSISTANCE** enverra un courrier accusant réception de la réclamation et précisant la date probable de réponse. Ce courrier d'accusé de réception sera envoyé dans un délai de dix (10) jours ouvrables qui suivent la réception de la réclamation.

Si aucune solution n'est trouvée à l'issue de l'examen du courrier de réclamation, l'Adhérent ou le Bénéficiaire pourra saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance, en adressant sa demande à l'adresse ci-dessous :

Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

L'Adhérent ou le Bénéficiaire pourra également formuler sa demande sur le site internet de la Médiation de l'Assurance, accessible via le lien suivant www.mediation-assurance.org.

Le Médiateur formulera un avis dans le délai prévu dans la charte de la médiation de l'assurance, à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas aux Parties et laisse la liberté pour l'Adhérent ou le Bénéficiaire, de saisir les tribunaux compétents.

7. PRESCRIPTION

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent Contrat sont prescrites dans les délais et termes du Code des Assurances :

■ Délai de prescription

Article L.114-1 :

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

■ Causes d'interruption de la prescription

Article L.114-2 :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption 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.

■ Caractère d'ordre public de la prescription

Article L.114-3 :

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.

■ Causes ordinaires d'interruption de la prescription :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L.114-2 précité sont celles prévues selon les termes et conditions des articles suivants du Code civil :

■ Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait

Article 2240 du Code civil

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

■ Demande en justice

Article 2241 du Code civil

La demande en justice, même en référé, 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 lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 du Code civil

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

■ Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

Article 2244 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.

▪ Étendue de la prescription quant aux personnes

Article 2245 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 les 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 les héritiers.

Article 2246 du Code civil

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

▪ Saisine du médiateur

Il est également prévu que la prescription de deux (2) ans sera suspendue en cas de médiation ou de conciliation entre les Parties (article 2238 du Code civil).

8. FAUSSE DÉCLARATION

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Adhérent entraîne la nullité de son adhésion conformément aux dispositions de l'article L113-8 du Code des assurances. La garantie cesse alors immédiatement.

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

En revanche, l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité de son adhésion, conformément aux dispositions de l'article L113-9 du Code des assurances.

Si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

9. LOI APPLICABLE ET JURIDICTION COMPÉTENTE

La présente Notice est régie par le droit français.

À défaut d'accord amiable, il sera fait expressément attribution de juridiction près les tribunaux dans le ressort desquels se situe le Domicile du Bénéficiaire.

10. EXCLUSIONS

10.1. EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES D'ASSISTANCE

FILASSISTANCE ne peut se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais consécutifs à leur intervention.

Les prestations qui n'auront pas été utilisées par le Bénéficiaire lors de la durée de la garantie excluent un remboursement à posteriori ou une indemnité compensatoire.

Sont exclues et n'entraînent aucune prestation de la part de Filassistance les conséquences :

- des frais engagés sans l'accord préalable de Filassistance ;
- des frais téléphoniques engagés par l'Adhérent ou le Bénéficiaire ;
- du fait intentionnel de l'Adhérent ou d'un Bénéficiaire ;
- de l'insuffisance ou de l'indisponibilité temporaire de prestataires localement ;
- des états résultant 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, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement ;
- de la participation de l'Adhérent ou d'un Bénéficiaire, 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, nautique ou aérien (à moteur ou non) ainsi que la pratique des sports de neige ou de glace à titre non amateur ;
- du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;
- des conséquences d'explosion d'engins et d'effets nucléaires radioactifs ;
- de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de grèves, de pirateries, d'interdictions officielles, de saisies, de terrorisme, d'attentats, d'enlèvements, de séquestrations, de prises d'otages ou contraintes par la force publique, tels que visés à l'article L121-8 alinéa 2 du Code des assurances ;
- de toute restriction à la libre circulation des personnes ;
- des cataclysmes naturels ;
- des épidémies, de tout risque infectieux ou chimique ;
- des dommages causés par des explosifs que le Bénéficiaire ou l'Adhérent peut détenir ;
- de la participation volontaire de l'Adhérent ou d'un Bénéficiaire, à un acte de terrorisme, de sabotage, un crime ou un délit, une rixe, un pari ou un défi ;
- la tentative de suicide ou le suicide de l'Adhérent survenu au cours de la 1^{re} année suivant l'adhésion ;
- d'événements climatiques tels que tempêtes ou ouragans ;
- les frais liés aux excédents de poids de bagages lors d'un transport par avion, avec les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent pas être transportés par le Bénéficiaire ;
- les frais engagés par le Bénéficiaire pour la délivrance de tout document officiel ;
- les séjours à l'Étranger, de plus de 90 jours consécutifs, les frais de restauration, de taxi ou d'hôtel qui seraient engagés à l'initiative de l'Adhérent ou d'un Bénéficiaire ;
- d'une inobservation volontaire de la réglementation des pays visités ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales.

10.2. EXCLUSIONS MÉDICALES

FILASSISTANCE ne peut intervenir pour les frais médicaux suivants :

- les frais médicaux engagés pour un traitement prescrit en France avant le départ à l'Étranger ou après le retour et nécessitant un contrôle médical régulier, sauf cas d'aggravation imprévisible ;
- les frais médicaux engagés en France, qu'ils soient ou non consécutifs à un accident ou à une maladie survenus à l'Étranger ;
- les frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux ou d'hospitalisation, en France ou à l'Étranger consécutifs à des pathologies préexistantes et aux complications qui peuvent en découler ;
- les frais consécutifs à une tentative de suicide, à l'usage de drogues, stupéfiants, produits médicamenteux ou tranquillisants non ordonnés médicalement ou obtenus frauduleusement (en France ou l'Étranger) ;
- les frais occasionnés ainsi que les états pathologiques faisant suite à une Interruption Volontaire de Grossesse ou une Procréation Médicalement Assistée réalisées à l'Étranger ;
- les frais résultant de la complication d'un état de grossesse ainsi que les frais occasionnés par des états de grossesse au-delà du 6^e mois (en France ou à l'Étranger) ;
- les frais consécutifs à une maladie chronique, à des maladies ou des troubles mentaux y compris les troubles anxieux et anxio-dépressifs, les syndromes dépressifs, les dépressions et autres névroses, les psychoses, et les troubles de la personnalité et du comportement ;
- les transports primaires d'urgence, les frais de recherche et de secours de personne en mer, ou dans le désert (en France ou à l'Étranger) ;
- les frais de rééducation, de kinésithérapie, de chiropraxie (en France ou à l'Étranger) ;
- les voyages entrepris à des fins de diagnostic et/ou de traitement (en France ou à l'Étranger) ;
- les vaccins et les frais correspondants (en France ou à l'Étranger) ;
- les visites médicales de contrôle et les frais y afférents (en France ou à l'Étranger) ;
- toute intervention volontaire pour convenance personnelle (chirurgie esthétique) (en France ou à l'Étranger) ;
- les soins dentaires non urgents, leurs conséquences et frais en découlant (en France ou à l'Étranger) ;
- les cures thermales (en France ou à l'Étranger) ;
- les appareillages médicaux et les prothèses (dentaires, auditives et médicales) (en France ou à l'Étranger) ;
- les frais d'optique (lunettes et verres de contact par exemple) (en France ou à l'Étranger).

	FILASSISTANCE INTERNATIONAL Société Anonyme au capital de 4 100 000 € 433 012 689 RCS NANTERRE. Siège social : 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex. Entreprise régie par le Code des Assurances.
---	---

ANNEXE 6

EXERCICE DU DROIT DE RENONCIATION PRÉVU À L'ARTICLE 1.3

MODÈLE DE LETTRE-TYPE DE RENONCIATION À L'ADHÉSION AU CONTRAT EN CAS D'ADHÉSION À DISTANCE OU HORS ÉTABLISSEMENT.

À **reproduire sur papier libre et à adresser par lettre recommandée avec accusé de réception** au plus tard **dans les quatorze jours suivant la réception du certificat d'adhésion** indiquant la prise d'effet de l'adhésion à la Mutualité Familiale du Corps Médical Français: 34 boulevard de Courcelles – 75809 Paris CEDEX 17.

« Monsieur le Président,

Je soussigné(e),, domicilié(e) à, vous prie de bien vouloir prendre note, qu'usant de la faculté qui m'est conférée par l'article 1.3 de la présente notice, je désire renoncer à l'adhésion n° à la formule de garanties choisie et enregistrée auprès de votre organisme.

Je n'ai connaissance de la survenance d'aucun évènement susceptible de déclencher la mise en œuvre des prestations assurées par la présente notice ».

(Attention, uniquement en cas d'adhésion à distance et si vous avez expressément demandé l'exécution du contrat à effet de la date prévue au bulletin d'adhésion, préciser au lieu et place de la dernière phrase ci-dessus le paragraphe suivant:).

Ayant expressément demandé l'exécution du contrat à effet de la date prévue au bulletin d'adhésion, je demande le remboursement des primes d'assurance déjà versées dans le délai de 14 jours prévu par la loi et m'engage à vous rembourser le montant des prestations perçues pendant ce même délai.

Fait à, le

(Signature du membre participant)

Mutualité Familiale du Corps Médical Français, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité,
N° SIREN 784 180 044, 34 boulevard de Courcelles, 75809 PARIS Cedex 17.

**Mutuelle substituée par AGMF Prévoyance, Union soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité,
N° SIREN 775 666 340, 34 boulevard de Courcelles, 75809 PARIS Cedex 17.**





MUTUALITÉ FAMILIALE
DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

RÈGLEMENT MUTUALISTE INDIVIDUEL MDM SANTÉ DIGITALE

Médecins et professionnels de santé

Version mise à jour 25 septembre 2018

Mutualité Familiale du Corps Médical Français, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité,
N° SIREN 784 180 044, 34 boulevard de Courcelles, 75809 PARIS Cedex 17.

Mutuelle substituée par AGMF Prévoyance, Union soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité,
N° SIREN 775 666 340, 34 boulevard de Courcelles, 75809 PARIS Cedex 17.



mutuelle-du-medecin.fr

SOMMAIRE

TITRE I

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1	DISPOSITIONS GÉNÉRALES	Page 4
------------------	------------------------------	--------

TITRE II

GARANTIE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

ARTICLE 2	MODALITÉS DU BÉNÉFICE DES PRESTATIONS	Page 11
ARTICLE 3	PROCÉDURE DE DEMANDE DE PRESTATIONS	Page 12
ARTICLE 4	COTISATIONS	Page 13
ARTICLE 5	PRESTATIONS FOURNIES AU TITRE DE LA GARANTIE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ	Page 14

TITRE III

PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES

ARTICLE 6	NATURE DES PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES	Page 15
ARTICLE 7	LES AVANTAGES	Page 15
ARTICLE 8	LES SERVICES SANTÉ	Page 16

TITRE IV

TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS

ARTICLE 9	DÉFINITION DES RÉCLAMATIONS	Page 17
ARTICLE 10	PROCÉDURE ET DÉLAIS DE TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS	Page 17
ARTICLE 11	MÉDIATION DE L'ASSURANCE	Page 18

ANNEXES

ANNEXE 1

PRESTATIONS ET COTISATIONS COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

ANNEXE 1.1 PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRE SANTÉ MDM SANTÉ DIGITALE Page 20

ANNEXE 1.2 COTISATIONS COMPLÉMENTAIRE SANTÉ MDM SANTÉ DIGITALE Page 27

ANNEXE 2

COTISATION MUTUALISTE

ANNEXE 2 COTISATION MUTUALISTE Page 29

ANNEXE 3

COTISATION DES SERVICES SANTÉ

ANNEXE 3 COTISATION DES SERVICES SANTÉ Page 30

ANNEXE 4

PRINCIPALES PIÈCES NÉCESSAIRES AU REMBOURSEMENT

ANNEXE 4 PRINCIPALES PIÈCES NÉCESSAIRES AU REMBOURSEMENT Page 30

ANNEXE 5

NOTICE DES CONTRATS COLLECTIFS OUVRANT DROIT AUX GARANTIES EN INCLUSION VISÉES À L'ARTICLE 1.6. DU RÈGLEMENT MUTUALISTE

ANNEXE 5.1 NOTICE PRESTATIONS OBSÈQUES Page 32

ANNEXE 5.2 NOTICE DÉPENDANCE Page 34

ANNEXE 5.3 ASSISTANCE À COMPTER DU 1^{ER} JUILLET 2018 Page 36

ANNEXE 6

EXERCICE DU DROIT DE RENONCIATION PRÉVU À L'ARTICLE 1.3

ANNEXE 6 EXERCICE DU DROIT DE RENONCIATION PRÉVU À L'ARTICLE 1.3 Page 63

TITRE I

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1 Le présent Règlement a pour objet, en application de l'article L 114-1 al 5 du Code de la Mutualité et de l'article 5 des statuts de la Mutualité Familiale du Corps Médical Français (ci-après la « Mutuelle »), de définir le contenu et la durée des engagements contractuels existants entre la Mutuelle et chaque membre Participant personne physique relevant de l'article 7 des statuts de la Mutuelle en ce qui concerne les cotisations dues et les prestations auxquelles ils peuvent prétendre eux-mêmes ou leurs ayants droit au titre de leur adhésion individuelle à l'une des garanties prévues au présent Règlement.

Dès lors qu'un membre Participant adhère au présent Règlement, il est désigné ci-après, eu égard aux garanties auxquelles il souscrit, « l'Adhérent ».

Nul ne peut devenir Adhérent s'il n'est pas membre Participant de la Mutuelle au sens de l'article 7 des statuts. Cette condition s'applique garantie par garantie sous réserve des formalités d'adhésion propres à chaque garantie.

La résiliation de l'ensemble des garanties individuelles souscrites auprès de la mutuelle entraîne la perte de la qualité d'Adhérent et la perte des avantages et des services santé visés au titre III.

Ces derniers étant proposés en inclusion des garanties de la Mutuelle, personne ne peut rester Adhérent et bénéficier des prestations supplémentaires du titre III en ne payant que la cotisation mutualiste.

Le Règlement s'impose à tout membre Participant de la Mutuelle ayant signé un bulletin d'adhésion à la ou les garanties visées ci-après à titre individuel (ci-après « l'Adhérent »).

1.2 Le présent Règlement est adopté par le Conseil d'Administration dans le respect des règles générales régissant les opérations individuelles fixées par l'Assemblée Générale.

Toute modification du présent Règlement est de la compétence du Conseil d'Administration et est notifiée aux Adhérents.

En application notamment de l'article L. 211-5 du Code de la Mutualité, AGMF Prévoyance se substitue intégralement, à effet du 1^{er} janvier 2016, à la Mutuelle, pour la délivrance et l'exécution des engagements résultant de ses contrats d'assurance facultative maladie, accident, conclus ou à conclure par la Mutuelle avec ses membres participants et leurs ayants droit, et relevant des branches 1 et 2 de l'article R. 211-2 du Code de la Mutualité, tels qu'ils sont définis dans les statuts et règlement(s) mutualiste(s) de la Mutuelle et, s'il y a lieu, dans les contrats collectifs d'assurance assurés par la Mutuelle.

AGMF Prévoyance donne à la Mutuelle, dans les conditions prévues à l'alinéa 4 de l'article L. 211-5 du Code de la Mutualité, sa caution solidaire, c'est-à-dire qu'AGMF Prévoyance donne sa caution solidaire à la Mutuelle pour l'ensemble de ses engagements financiers et charges, y compris non assurantiels vis-à-vis des membres participants, ayants-droit, bénéficiaires de la Mutuelle et de toute autre personne physique ou morale.

Si l'un des agréments accordés à AGMF Prévoyance, en branche 1 ou 2, lui est retiré ou est déclaré caduc, l'adhésion sera résiliée le quarantième jour à midi à compter de la date de la publication de la décision du retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors restituée au souscripteur ou au membre participant qui a acquitté la cotisation.

Les modifications envisagées des montants et/ou taux des cotisations et des prestations devront être soumis préalablement à AGMF Prévoyance, garante des opérations d'assurance de la Mutuelle, selon les dispositions prévues dans la convention de substitution signée entre La Mutuelle et AGMF Prévoyance.

1.3 Les adhésions au Règlement prennent effet, garantie par garantie, le premier jour du mois suivant l'envoi par la Mutuelle à l'Adhérent de la lettre d'acceptation d'adhésion à la garantie concernée, sous réserve de l'encaissement par la Mutuelle de la première cotisation relative à la garantie souscrite.

Lorsque le mode d'adhésion à la Formule de garanties le permet, l'adhésion peut être réalisée en ligne (sur un site internet).

L'adhésion en ligne produit ses effets à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion signé électroniquement. L'adhésion ne devient effective qu'après réception des pièces justificatives et sous réserve de l'encaissement par la Mutuelle de la première cotisation relative à la garantie souscrite.

À l'issue de la souscription, l'adhérent est informé que son adhésion a pris effet par l'envoi d'un mail lui notifiant la mise à disposition de ses documents contractuels sur son espace adhérent.

En cas de vente à distance, les Adhérents disposent d'un délai de renonciation de quatorze jours calendaires révolus à compter de l'envoi par la Mutuelle de la lettre d'acceptation de leur adhésion. Cette faculté de renonciation peut être exercée pour chacune des garanties visées au titre II du présent Règlement et ne fait pas obstacle à ce que l'adhésion prenne effet avant l'expiration de ce délai de renonciation.

Cette renonciation doit être effectuée obligatoirement par lettre recommandée avec demande d'avis de réception selon le modèle joint au présent Règlement.

La Mutuelle rembourse la cotisation au plus tard dans les quatorze jours à compter de la date de la réception de la renonciation du membre participant. Au-delà de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal. La Mutuelle effectue ce remboursement en utilisant le même moyen de paiement que celui utilisé par le membre participant pour le paiement de la première cotisation, sauf accord exprès de celui-ci pour qu'un autre moyen de paiement soit utilisé et dans la mesure où le remboursement n'occasionne pas de frais à sa charge.

1.4 Les garanties ne prennent effet, sous réserve, le cas échéant, des délais d'attente prévus dans l'annexe propre à chaque garantie, qu'à l'expiration du délai de renonciation prévu au 1.3, sauf si l'assuré demande expressément l'exécution immédiate du contrat sans attendre la fin du délai de renonciation dans la demande de souscription.

Si l'adhésion avait pris effet, les garanties cessent le lendemain à zéro heure de la date de l'envoi de la lettre de renonciation.

Si l'adhérent a souhaité que l'adhésion commence à être exécutée à la date prévue au certificat d'adhésion (et non à l'issue du délai de quatorze jours), la Mutuelle conservera la quote-part des cotisations correspondant à la couverture dont aura bénéficié le membre participant durant la période d'exécution du contrat.

1.4.1 – L'adhésion au Règlement est consentie, pour chaque garantie, pour une période courant du jour indiqué à l'article 1.3 ci-dessus jusqu'au 31 décembre suivant, puis est renouvelable tacitement d'année en année sauf dénonciation par l'Adhérent par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ainsi qu'il suit :

- au plus tard le 31 octobre pour une prise d'effet au 31 décembre de l'année en cours, si tant est que l'avis d'échéance lui a été adressé par la Mutuelle au plus tard le 15 octobre, conformément aux dispositions de l'art 221-10 du Code de la Mutualité ;
- dans les 20 jours calendaires de l'avis d'échéance, si ce dernier ne lui a pas été adressé au plus tard le 15 octobre de chaque année, lequel délai de 20 jours courant à partir de la date figurant sur le cachet de la poste de la lettre d'envoi de l'avis d'échéance ;
- à tout moment à compter de la date de reconduction tacite si aucun avis d'échéance ne lui a été adressé par la Mutuelle. En ce cas la résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste de la lettre de résiliation.

1.4.2 – Si la dénonciation intervient après la date de renouvellement, les prestations et cotisations cessent d'être dues à compter de l'envoi par l'Adhérent de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception de dénonciation.

Dans les autres cas les prestations et cotisations cessent d'être dues à la date de renouvellement.

À défaut pour l'Adhérent d'avoir dénoncé son adhésion dans les délais ci-dessus, il est réputé avoir accepté les conditions de reconduction transmises par la Mutuelle, tant en ce qui concerne les éventuelles modifications de garanties, que celles visant les cotisations.

1.5 Les garanties visées au présent Règlement peuvent être suspendues et/ou résiliées dans les cas visés aux articles L 221-7, et L 221-17 du Code de la Mutualité, dans les conditions visées auxdits articles.

1.6 Les garanties visées aux articles 7-2, 7-3 et 8-1 du présent Règlement sont proposées « en inclusion » des garanties assurées par la Mutuelle, au sens de l'article L 221-3 du Code de la Mutualité. Elles font l'objet d'un contrat collectif à adhésion obligatoire, souscrit par la Mutuelle, après décision de son Conseil d'administration ratifiée par l'Assemblée générale.

Chaque Adhérent est obligatoirement affilié à ce contrat collectif, du seul fait de son adhésion aux garanties individuelles du présent Règlement mutualiste. Les notices d'information des contrats collectifs concernés sont établies par l'organisme assureur des garanties en inclusion et définissent les garanties prévues et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elles précisent également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription. Les notices d'information sont annexées au présent Règlement mutualiste, ou sont remises séparément à l'Adhérent, conformément aux articles L 141-4 du code des assurances et 5.2 des statuts de la Mutuelle.

Dans tous les cas, chaque année la Mutuelle peut décider de résilier ce ou ces contrats collectifs et mettre ainsi un terme aux garanties afférentes.

1.7 Les cotisations sont payables annuellement et exigibles d'avance. Cependant la Mutuelle peut accepter des paiements fractionnés, toujours exigibles d'avance.

Les cotisations sont affectées à la couverture des prestations assurées directement ou indirectement par la Mutuelle et aux frais de gestion associés.

Les contrats collectifs visés à l'article 1.6 ci-avant peuvent prévoir des modalités particulières pour le paiement des cotisations (appel et règlement collectifs par exemple).

Les appels de cotisations peuvent être faits par tout organisme à qui la Mutuelle aurait donné mandat pour ce faire ou directement par les organismes dont les garanties sont incluses du fait des présentes, ainsi qu'indiqué à l'article 1.6. ci-avant.

1.8 LES COTISATIONS SONT RÉVISABLES ANNUELLEMENT

Dans ce cas l'Adhérent peut dénoncer son adhésion par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, adressée à la Mutuelle :

- au plus tard le 31 octobre pour une prise d'effet au 31 décembre, si l'avis d'échéance indiquant la faculté de résiliation et le délai dans lequel elle doit être exercée, lui a été adressé au plus tard le 15 octobre de la même année,
- dans les 20 jours suivant l'envoi de l'avis d'appel de cotisation révisée, indiquant la faculté de résiliation et le délai dans lequel elle doit être exercée, si cet avis lui a été adressé après le 15 octobre,
- à tout moment à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante si aucun avis ou si un avis incomplet lui a été adressé.

À défaut pour l'Adhérent d'avoir dénoncé son adhésion dans le délai ci-dessus, il est réputé avoir accepté les nouvelles cotisations.

En outre, la Mutuelle peut procéder à un rappel de cotisation en cours d'année en cas de survenance d'une situation particulière qui l'imposerait.

1.9 Dans le cas où des prestations auraient été versées à tort à l'Adhérent ou à ses ayants droit ou à un professionnel de santé dans le cadre du tiers payant, la Mutuelle pourra récupérer les sommes indûment perçues par tous moyens de droit ainsi que par compensation sur les prestations à venir. Elle pourra en outre recourir à tous moyens de droit mis à sa disposition en cas d'utilisation illégitime de la carte de Tiers payant ou de tout autre document ayant permis d'obtenir par cette utilisation, le versement de prestations indues.

Il est précisé que l'utilisation d'une carte de tiers payant par un Adhérent non à jour de ses cotisations est illégitime.

1.10 La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'Adhérent, ou à son ayant droit, victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce **dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées**, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue, la part d'indemnité de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la Mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

1.11 L'Adhérent doit communiquer à la Mutuelle tout changement qui pourrait intervenir dans son état civil, sa situation familiale, sa situation vis-à-vis du régime obligatoire, la perte de son statut de travailleur indépendant, sa cessation d'activité, son adresse, ses coordonnées bancaires etc. par courrier mentionnant son numéro d'immatriculation au régime obligatoire et les pièces justificatives du changement (certificat de naissance, de mariage, décès, etc). Dans le cas contraire, le paiement des prestations pourra être retardé ou interrompu.

1.12 DES AYANTS DROIT DES MEMBRES DE LA MUTUELLE

1.12.1 – Des enfants mineurs de membres Participants

Les enfants des membres Participants ne peuvent être Adhérents de la Mutuelle au sens de membre Participant qu'au-delà de leur seizième anniversaire et s'ils en font la demande.

Jusqu'à l'âge de dix-huit ans, les enfants des membres Participants peuvent toutefois bénéficier, en qualité d'ayant droit de ces derniers, de certaines prestations de la part de la Mutuelle dans la mesure où ils auront expressément été affiliés par le membre Participant.

Ainsi que stipulé à l'article 1.12.2 ci-après, **la limite d'âge de 18 ans** visée à l'alinéa précédent est portée à 25 ans pour tous les descendants majeurs d'un membre participant DONT ILS SONT FISCALEMENT À CHARGE.

Les mineurs orphelins de père et mère qui avaient la qualité d'ayant droit de l'un de leurs parents, et à ce titre, étaient bénéficiaires de garanties au titre du présent Règlement mutualiste, pourront, sur option expresse du représentant légal et, le cas échéant, du Juge des Tutelles, conserver le bénéfice des prestations jusqu'à ce qu'ils atteignent l'âge de dix-huit ans, sous réserve que leur représentant légal acquitte chaque année les cotisations afférentes. Ce maintien de couverture ne confère pas au mineur bénéficiaire la qualité de membre Participant et les droits qui y sont attachés. En conséquence, il ne pourra participer aux Assemblées générales de la Mutuelle, ni être éligible au Conseil d'administration.

1.12.2 – Des enfants majeurs de membres Participants

Sauf les dérogations visées à l'article 1.12.1 ci-avant, les enfants de membres Participants âgés de plus de dix-huit ans ne peuvent conserver la qualité d'ayant droit d'un membre Participant et doivent, pour bénéficier des prestations de la Mutuelle adhérer à titre personnel au Règlement mutualiste. Ils acquièrent alors la qualité de membre Participant de la Mutuelle.

Toutefois, les enfants déjà bénéficiaires de droits auprès de la Mutuelle en qualité d'ayant droit avant l'âge de dix-huit ans ET demeurant à la charge fiscale d'un membre Participant, sauf choix inverse et exprès de leur part, conservent la qualité d'ayant droit de ce membre Participant, et ce, jusqu'à leur vingt-cinquième anniversaire révolu au plus tard.

À compter de cette date, ils ne pourront continuer à bénéficier de prestations de la Mutuelle que dans la mesure où ils y adhéreront à titre personnel.

Les intéressés, qu'ils soient Adhérents à titre personnel ou ayants droit d'un membre Participant, ne peuvent bénéficier que de prestations afférentes aux garanties liées au remboursement de médicaments, traitements, soins et hospitalisations, régies par le titre II du présent Règlement mutualiste, à l'exclusion de toutes autres et notamment des garanties directement ou indirectement liées à l'exercice du métier du membre Participant (garanties prévoyance, frais professionnels, etc...).

1.12.3 – Des veufs ou veuves ou conjoints séparés ou divorcés de membres Participants

Ainsi qu'indiqué dans les Statuts de la Mutuelle, les veufs ou veuves ou conjoints séparés ou divorcés de membres Participants peuvent solliciter, par une adhésion expresse en ce sens, la qualité d'Adhérents de la Mutuelle et devenir ainsi, à leur tour, membres Participants.

Les intéressés, qu'ils soient Adhérents à titre personnel ou ayants droit d'un membre Participant, ne peuvent bénéficier que de prestations afférentes aux garanties liées au remboursement de médicaments, traitements, soins et hospitalisations, régies par le titre II du présent Règlement mutualiste, à l'exclusion de toutes autres et notamment des garanties directement ou indirectement liées à l'exercice du métier du membre Participant (garanties prévoyance, frais professionnels, etc...).

1.12.4 – Carte adhérent

Chaque année, la Mutuelle ou l'organisme gestionnaire du tiers-payant envoie à l'Adhérent une carte de tiers payant indiquant les garanties souscrites et le niveau de couverture donnant lieu à tiers payant. Il est envoyé une seule carte par adulte par an inscrit à la Mutuelle. Aucune carte n'est envoyée pour les enfants mineurs.

Les modifications intervenant en cours d'année dans la situation de famille et/ou le niveau de couverture entraînent l'édition d'une nouvelle carte de tiers-payant pour l'adhérent et l'ensemble de ses ayants droit adulte.

1.13 Nonobstant tout autre motif grave et toutes dispositions statutaires ou réglementaires complémentaires, tout Adhérent peut être suspendu ou exclu de la Mutuelle pour des griefs d'une gravité exceptionnelle incompatibles avec l'esprit d'entraide, de solidarité, d'éthique et de développement familial de la Mutuelle et de ses membres, ladite suspension ou exclusion entraînant de droit, respectivement, la suspension ou la résiliation des garanties visées aux présentes.

En pareil cas, le Conseil d'Administration ne peut prendre une décision de suspension ou d'exclusion et résiliation qu'après que l'Adhérent concerné ait été mis en mesure de s'exprimer devant le Conseil d'Administration.

La même procédure est applicable en cas de décision de l'Ordre des Médecins ou de l'Ordre de la Profession de santé de l'Adhérent concerné passée en force de chose jugée d'interdiction ou de suspension d'autorisation d'exercer du membre Participant concerné pour une raison autre qu'une raison de santé ou d'incapacité temporaire ou permanente.

En ce cas, la suspension ou l'exclusion et la résiliation ne peuvent intervenir pour une durée supérieure à celle de la sanction prise par le Conseil de l'Ordre.

1.14 PROTECTION DES DONNÉES

Le responsable de traitement est la Mutuelle.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à gérer les adhésions et les relations avec les adhérents et, le cas échéant, leurs bénéficiaires ou ayants droit en exécution du contrat; ce traitement informatique permet aussi la diffusion des propositions commerciales, informations et animations de la part de la Mutuelle avec votre consentement.

Les données à caractère personnel dont la communication est obligatoire à la gestion de votre contrat et des prestations associées sont indiquées comme telles. Les données relatives à votre santé recueillies seront exclusivement traitées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat et ce, avec votre consentement.

L'Adhérent est informé que sans ces données à caractère personnel, la Mutuelle ne sera pas en mesure d'exécuter votre contrat.

Les données recueillies sont conservées pendant la durée de la relation contractuelle. Au terme de celle-ci, les données personnelles permettant d'établir la preuve d'un droit ou d'un contrat ou conservées au titre du respect d'une obligation légale sont archivées conformément aux dispositions en vigueur (prescriptions légales).

Dans le cadre de ses obligations légales, la Mutuelle met également en œuvre des traitements de données à caractère personnel ayant pour finalité :

- La lutte contre la fraude pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude;
- La lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières.
- Les données traitées pour les finalités précitées sont conservées conformément aux durées prescrites par la Commission nationale de l'informatique et des libertés dans les normes émises pour le secteur de l'assurance-mutuelle pour lesquelles la Mutuelle a réalisé un engagement de conformité.

Les destinataires des données sont le personnel de la Mutuelle et ses mandataires (Caisse de Sécurité Sociale, etc.), étant rappelé que les seuls destinataires des données relatives à la santé sont le médecin conseil de la Mutuelle et le personnel expressément habilité par ce dernier; ainsi que le cas échéant, les partenaires contractuels et institutionnels de la Mutuelle en fonction des choix exprimés et modifiables sur demande.

Ont enfin accès aux données, les destinataires mentionnés dans les normes émises pour le secteur de l'assurance-mutuelle par la Commission nationale de l'informatique et des libertés pour lesquelles la Mutuelle a réalisé un engagement de conformité.

Les données de santé à caractère personnel sont hébergées conformément à l'article L. 1111-8 du Code de la santé publique au sein de notre établissement ou d'un établissement dûment autorisé (agréé ou certifié).

Conformément à la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel, les adhérents et leurs bénéficiaires ou ayants droit bénéficient, dans les conditions définies par cette celle-ci, d'un droit d'accès, d'un droit de rectification, d'un droit à l'effacement (droit à l'oubli), d'un droit d'opposition, d'un droit à la limitation du traitement et d'un droit à la portabilité. Il est toutefois rappelé que l'exercice du droit d'opposition peut empêcher la souscription ou l'exécution des présentes garanties. Les adhérents peuvent également définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs données à caractère personnel après leur décès. Ils disposent en outre du droit de définir des directives générales et particulières sur le sort de leurs données après leurs décès.

Ils peuvent exercer leurs droits en s'adressant à : La Mutualité Familiale du Corps Médical Français, Délégué à la protection des données – 34, bd de Courcelles, 75809 Paris Cedex 17 – dpo@gpm.fr, en joignant la copie de sa pièce d'identité. En cas de réclamation, ils peuvent choisir de saisir la CNIL.

Ils disposent, en outre, d'un droit d'inscription sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique qu'ils peuvent exercer sur www.bloctel.gouv.fr.

1.15 La Mutuelle est régie par le Code de la Mutualité et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR – 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09).

1.16 Toutes les actions dérivant des opérations visées par les présentes, régies par le titre II du livre II du Code de la Mutualité, se prescrivent, sauf dispositions de l'article L 221-11 dernier alinéa dudit code, par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois et conformément à l'article L 221-11 précité, ce délai ne court :

- 1° *En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;*
- 2° *En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.*

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union 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 le membre participant ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci ».

Enfin, dans certaines situations particulières, listées à l'article L 221-11, le délai de prescription peut être porté à dix, voire trente ans.

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription telles que définies par les articles 2240 et suivants du Code civil :

- reconnaissance par une des parties du droit de l'autre partie,
- demande en justice, même en référé,
- acte d'exécution forcée.

La prescription est également interrompue dans les cas ci-après :

- désignation d'expert à la suite d'un sinistre,
- envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception (par la Mutuelle au membre participant en ce qui concerne le paiement de la prime ; par le membre participant à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement de la prestation).

1.17 Outre les dispositions de la Loi et des Statuts, tout membre Participant bénéficiaire de prestations ou susceptible de l'être, s'oblige à respecter les dispositions des Règlements mutualistes, Contrats collectifs gérant les garanties dites « en inclusion » et Notices y attachées afférents à chaque risque couvert ou garantie à laquelle il a adhéré.

1.18 Dans le cadre d'envoi de correspondance par voie postale, la date à prendre en compte est celle du cachet postal. À défaut de pouvoir en justifier, la date opposable aux parties est présumée figurant sur la lettre concernée.

1.19 DÉMATÉRIALISATION

L'adhérent accepte expressément de recevoir les informations précontractuelles émanant de la Mutuelle par voie électronique. À défaut, ces informations précontractuelles lui sont remises au format papier.

L'adhérent est expressément informé que les informations, documents contractuels et l'ensemble des pièces y afférentes adressés au cours de l'exécution du contrat lui seront transmis par voie électronique, sauf opposition.

L'adhérent est expressément informé qu'il peut s'opposer à l'utilisation de la voie électronique lors de la conclusion du contrat ou à tout moment au cours de son exécution.

L'adhérent est expressément informé qu'il peut, sans frais, à tout moment et par tout moyen, demander l'utilisation du support papier pour la transmission des informations et documents précités.

L'adhérent, qui a souscrit à un service fourni exclusivement par voie électronique par la Mutuelle, est expressément informé qu'il ne peut pas s'opposer à l'utilisation de la voie électronique lors de la conclusion du contrat ou à tout moment au cours de son exécution, ni demander que le support papier soit utilisé pour la poursuite de la relation contractuelle.

L'adhérent est expressément informé de l'usage, dans le cadre de l'exécution du contrat souscrit avec la Mutuelle, de lettres recommandées par voie électronique.

Si l'adhérent et le payeur de primes utilisent la même adresse électronique, chacun déclare avoir un accès à ladite adresse électronique et lesdits adhérents et payeurs de primes se donnent pouvoir réciproque pour retirer la lettre recommandée électronique éventuelle.

L'adhérent reconnaît et garantit qu'il dispose de la maîtrise exclusive de l'adresse électronique qu'il a indiquée, tant pour son accès et sa gestion que la confidentialité et la sécurité des identifiants et mots de passe qui lui permettent d'y accéder. L'adhérent s'engage à notifier à l'organisme assureur sans délai toute perte ou usage abusif de ses identifiants et mots de passe. Jusqu'à la date de réception d'une telle notification, toute action effectuée par l'adhérent au travers de son adresse électronique sera réputée effectuée par l'adhérent et relèvera de la responsabilité exclusive de ce dernier.

Par suite, l'adhérent reconnaît qu'il lui appartiendra de s'assurer, sous sa seule responsabilité, qu'il sera en mesure de recevoir, télécharger et éventuellement imprimer les pièces jointes des messages électroniques qui lui seront adressées sous format imprimable.

Chaque utilisation de son compte personnel par l'adhérent constitue l'acceptation de la dernière version de la convention d'utilisation du site adhérent, disponible sur le compte personnel de l'adhérent en format imprimable.

Convention sur la preuve

L'adhérent reconnaît à l'écrit sur support électronique la même force et valeur probante que l'écrit sur support papier.

L'adhérent reconnaît expressément et accepte que la preuve des opérations réalisées sur le site adhérent soit rapportée par tout support durable constatant lesdites opérations. L'adhérent s'engage à reconnaître comme support durable, notamment : le papier, les clés USB, les cartes à mémoire, les disques durs d'ordinateur, les courriels, ainsi que tout autre instrument permettant de conserver les informations d'une manière qui permet de s'y reporter aisément pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées et qui permet la reproduction identique desdites informations.

En conséquence, l'adhérent reconnaît et accepte expressément que les informations, documents contractuels et l'ensemble des pièces y afférents puissent être établis et conservés sur tout support durable.

Les informations précontractuelles et les documents contractuels dématérialisés sont disponibles dans son Espace Adhérent dans un délai de 24 heures.

L'Adhérent reconnaît expressément et accepte :

- L'enregistrement de sa navigation sur l'Espace Adhérent, et notamment ses « clics » de souris ou autre périphérique, comme mode de preuve des obligations souscrites via l'Espace Adhérent ;
- Que ces enregistrements effectués par la Mutuelle ont pleine valeur probante à son égard ;
- qu'en cochant la case libellée « J'accepte de recevoir les informations précontractuelles, émanant de la Mutuelle par voie électronique. », il accepte la dématérialisation desdits documents.
- qu'en ne cochant pas la case libellée « Je n'accepte pas de recevoir les informations, courriers de gestion, documents contractuels et pièces y afférentes émanant de la Mutuelle par voie électronique » il accepte la dématérialisation desdits documents.
- Que toute opération effectuée, après s'être authentifié avec son mot de passe sur son Compte Personnel accessible sur l'Espace Adhérent, est réputée effectuée par lui-même.

1.20 TERRITORIALITÉ

S'agissant des périodes d'incapacité et d'invalidité pour lesquelles l'assuré se trouve hors du territoire français, celles-ci sont prises en charge uniquement si celui-ci reste affilié à un régime de Sécurité sociale ou d'assurance obligatoire français et que son domicile fiscal demeure établi en France.

La constatation médicale de l'état de santé devra être effectuée sur le sol français.

Les frais éventuellement engagés par l'assuré pour se rendre à la convocation médicale de l'assureur sur le sol français restent à la charge de l'assuré. Les honoraires du médecin désigné par l'assureur sont pris en charge par ce dernier.

TITRE II

GARANTIE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

ARTICLE 2

MODALITÉS DU BÉNÉFICE DES PRESTATIONS

2.1 Le bénéfice des prestations est ouvert aux Adhérents, membres Participants de la Mutuelle, pour leur propre bénéfice et celui de leurs ayants droit au sens de l'article 1.12 du présent Règlement, **dans la limite des options souscrites par lesdits Adhérents pour eux-mêmes et pour leurs ayants droit.**

2.2 On distingue les Participants Étudiants, les Participants Actifs et les Participants Seniors, ci-après, ensemble, les « PARTICIPANTS ».

Les Participants Étudiants sont les étudiants suivant des études visant à accéder à la profession de médecin ou l'une des professions de santé visées aux statuts qui ont adhéré à la Mutuelle avant leur 34^e anniversaire, et qui sont âgés de moins de 35 ans. Les Participants Étudiants peuvent adhérer à l'offre Étudiant de la Mutuelle. À compter de leur 35^e anniversaire, les Participants Étudiants deviennent Participants Actifs, sous réserve d'être toujours Adhérent de la Mutuelle.

Les Participants Actifs sont ceux des membres Participants et leurs ayants droit qui ont adhéré à une des options complémentaire santé de la Mutuelle avant l'âge de 60 ans (date anniversaire) et n'ont pas interrompu leur adhésion à l'une des options de complémentaire santé de la Mutuelle depuis lors, ainsi que les Participants Étudiants qui maintiennent leur adhésion à la Mutuelle après 35 ans, devenant alors Participants Actifs, et n'ont pas interrompu leur adhésion à l'une des options de complémentaire santé de la Mutuelle depuis lors.

Les Participants Seniors sont tous les Adhérents et leurs ayants droit non qualifiés de Participants Actifs ayant adhéré à une option complémentaire santé de la Mutuelle.

Par exception, le membre Participant ou l'ayant droit d'un membre Participant, qui a résilié la garantie complémentaire santé de la Mutuelle pour adhérer à un régime complémentaire santé obligatoire en application d'un acte de droit du travail, qui décide d'adhérer à nouveau à la couverture complémentaire santé de la Mutuelle lorsqu'il ne bénéficie plus du contrat collectif obligatoire, ne sera pas considéré comme ayant interrompu son adhésion à la Mutuelle, pour l'application des alinéas ci-dessus, sous réserve de la présentation d'un justificatif de l'adhésion obligatoire à une autre couverture complémentaire santé pendant toute la période de non adhésion à la Mutuelle.

Les garanties proposées aux Participants Actifs et aux Participants Seniors sont les mêmes mais le tarif des couvertures de complémentaire santé est différent.

2.3 Les garanties complémentaires santé ne sont ouvertes qu'aux Adhérents et à leurs ayants droit bénéficiant soit directement, soit en qualité d'ayant droit, d'un régime de base obligatoire d'Assurance Maladie français (salariés ou travailleurs non-salariés). Les Adhérents et leurs ayants droit sont nommés ci-après, les « Bénéficiaires ».

Le remboursement des dépenses de santé par la Mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective des Bénéficiaires, après intervention des remboursements de toute nature par tous organismes obligatoires ou complémentaires.

Conformément aux dispositions de l'article 2 du décret n° 90-769 du 30 août 1990 pris en application de l'alinéa 2 de l'article 9 de la loi dite « Évin » n° 89-1009 du 31 décembre 1989, lorsque des garanties de même nature sont contractées auprès de plusieurs organismes assureurs, **elles produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription.** Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Dans les rapports entre organismes assureurs, la contribution de chacun d'eux est déterminée en appliquant, au montant des frais à la charge de l'assuré ou du membre participant, le rapport existant entre l'indemnité que chaque organisme assureur aurait versée s'il avait été seul et le montant cumulé des indemnités qui auraient été à la charge de chaque organisme assureur s'il avait été seul.

Sauf cas particuliers explicitement visés dans le tableau des prestations, **la Mutuelle n'intervient qu'en complément des remboursements d'un régime obligatoire d'assurance maladie français. Ainsi, une prestation n'ayant pas fait l'objet d'un remboursement par un régime obligatoire d'assurance maladie français ne sera pas remboursée par la Mutuelle**; c'est notamment le cas des frais exposés au premier euro à l'étranger pour lesquels seuls une intervention au titre de l'assistance est prévue (voir annexe 6.3).

2.4 Le droit aux prestations débute à la date de prise d'effet de l'adhésion sous réserve des délais d'attente mentionnés ci-après. Les soins ou prestations de santé qui interviennent avant la fin du délai d'attente ne peuvent donner lieu à aucun remboursement de la part de la Mutuelle.

Les délais d'attente s'appliquent Bénéficiaire par Bénéficiaire.

Il n'y a aucun autre délai d'attente à l'exception des implants pour lesquels les délais d'attente sont de douze mois après l'adhésion quelle que soit la garantie souscrite;

Les délais d'attente ci-dessus **pour les implants** ne sont cependant pas appliqués si le Bénéficiaire justifie avoir été Adhérent d'un autre organisme assureur pour un risque identique et un niveau de prestations au moins égal à celui de l'option choisie au titre de son adhésion au présent Règlement mutualiste pendant au moins les douze mois consécutifs ayant précédé son adhésion à la Mutuelle pour la garantie concernée.

La preuve de cette couverture antérieure sera considérée comme apportée, par la production dans les trois mois de son adhésion à la garantie visée aux présentes, un certificat de radiation de son ancien organisme assureur avec une mention de fin de droit au titre de cette dernière à effet au plus tôt soixante jours avant son adhésion à la garantie concernée de la Mutuelle.

Les délais d'attente sont également supprimés :

- pour l'Adhérent et/ou son conjoint âgé de moins de 30 ans au moment de l'adhésion ;
- lors de l'inscription d'un enfant de l'Adhérent dans les douze mois suivant sa naissance ou son adoption ;
- lors de l'inscription du conjoint de l'Adhérent dans les douze mois suivant la date du mariage civil.

2.5 L'adjonction d'une couverture sur-complémentaire sera réalisée par l'adhésion à un Règlement mutualiste proposé par la Mutuelle, et dans les conditions mentionnées dans celui-ci.

2.6 L'Association des Professionnels au Service de la Médecine (ci-après APSM) est souscriptrice auprès de la Mutuelle d'un contrat d'assurance de groupe pour la complémentaire santé permettant aux membres Participants de la Mutuelle travailleurs non-salariés de bénéficier des garanties de complémentaire santé dans le cadre de la loi N° 94-126 du 11 février 1994 dite la Loi Madelin. Pour en bénéficier, les Participants concernés doivent être Adhérents de l'APSM et adhérer à l'une des options de complémentaire santé de la Mutuelle. Ils bénéficient alors des prestations de la Mutuelle au travers du contrat collectif souscrit entre la Mutuelle et l'APSM dont les prestations et les conditions de gestion sont traduits dans une notice reprenant des dispositions identiques au présent Règlement Mutualiste.

ARTICLE 3

PROCÉDURE DE DEMANDE DE PRESTATIONS

3.1 Les demandes des prestations doivent intervenir au plus tard dans un délai de deux années à compter de l'événement qui y a donné naissance.

Les réclamations auprès de la Mutuelle peuvent être formulées au plus tard dans un délai de six mois, à compter de la date de la fourniture de la prestation ou de son refus par la Mutuelle.

Les délais ci-dessus sont mentionnés sans préjudice du délai légal de prescription visé à l'article 1.16. ci-avant.

Lorsque l'Adhérent ne perçoit pas les prestations découlant d'informations par télétransmission à la Mutuelle, quel que soit le motif, il doit, pour obtenir un remboursement, envoyer directement à la Mutuelle la demande de prestation accompagnée des pièces justificatives nécessaires. Le délai de deux années mentionné ci-dessus est également applicable dans ce cas de figure.

3.2 Les demandes de prestations doivent exposer leur nature et leur qualification et être accompagnées de toutes pièces justificatives demandées par la Mutuelle en fonction de l'acte concerné et notamment :

- les originaux des décomptes des régimes de base de Sécurité Sociale mentionnant les remboursements déjà effectués pour les prestations concernées ; aucune copie n'est acceptée ;
- l'original de la facture acquittée et le double de l'ordonnance portant les noms et prénoms du malade ;
- toutes pièces utiles demandées par la Mutuelle pour justifier le remboursement.

À titre d'information, les principales pièces nécessaires au remboursement en fonction de la nature de la prestation et des caractéristiques du bénéficiaire sont précisées dans le tableau en Annexe. La Mutuelle se réserve le droit de demander des pièces complémentaires en fonction de l'acte concerné afin d'en déterminer l'effectivité et la nature pour apprécier son caractère remboursable et, dans l'affirmative, les modalités de sa prise en charge.

Les prestations de tous les Bénéficiaires sont versées exclusivement au membre Participant dont ils sont les ayants droit.

3.3 La non fourniture par l'Adhérent de la totalité des pièces demandées par la Mutuelle ou le gestionnaire de tiers payant, deux mois après l'envoi d'une notification, en ce sens à l'Adhérent, pour lui-même ou pour ses ayants droit, est considérée comme une renonciation définitive de ce dernier au bénéfice de la prestation concernée, tant pour lui-même que pour les Bénéficiaires qui sont ses ayants droit.

La Mutuelle a pour seul interlocuteur et destinataire le membre Participant, tant pour lui-même que pour les Bénéficiaires qui sont ses ayants droit.

ARTICLE 4

COTISATIONS

4.1 COTISATION ANNUELLE

La cotisation annuelle est calculée de manière à permettre à la Mutuelle de couvrir les coûts directs et indirects découlant du service des prestations visées au présent Règlement.

La cotisation annuelle comporte une cotisation finançant les prestations en inclusion (cotisation mutualiste) (i) et une cotisation individualisée pour chaque Bénéficiaire (cotisation prestation (ii)) :

i) La cotisation mutualiste

La cotisation mutualiste est due par chaque Adhérent.

Elle permet de bénéficier des avantages décrits à l'article 7 du présent Règlement.

ii) La cotisation-prestation

La cotisation-prestation ouvre droit aux garanties complémentaires santé (article 5) souscrites. Elle varie en fonction de la situation, de l'âge à chaque date anniversaire de chaque Bénéficiaire et/ou de son âge au moment de l'adhésion.

Elle ouvre en outre, le droit à bénéficier des prestations et services suivants, décrits à l'article 8 :

- tiers payant ;
- services Carte blanche - assistance.

Les cotisations-prestations diffèrent selon qu'il s'agit de Participants Actifs ou Seniors et dépendent du nombre de Bénéficiaires, de leur âge et des options de prestations retenues, selon les barèmes ci-après.

La cotisation-prestation des enfants est une cotisation forfaitaire calculée en fonction de l'option choisie par l'Adhérent. Elle est gratuite à compter du 3^e enfant inscrit à la Mutuelle, celle des deux premiers enfants étant identique quel que soit l'âge des enfants.

La cotisation-prestation de chaque Adhérent est égale au total des cotisations-prestations dues pour chaque Bénéficiaire, incluant l'Adhérent lui-même et ses ayants-droit, et de la cotisation des services santé, selon les barèmes et options indiqués en Annexes.

4.2 TARIF COMPLÉMENTAIRE SANTÉ APPLICABLE AUX PARTICIPANTS ACTIFS ET SENIORS

Le tarif de la garantie MDM Santé Digitale est joint en Annexe 1.

Le tarif est établi par âge et augmente chaque année sur la base de l'évolution des consommations médicales et des résultats techniques. Le tarif Seniors est majoré du fait de l'adhésion à la Mutuelle après 60 ans qui réduit la durée pendant laquelle l'Adhérent participe à la mutualisation.

ARTICLE 5

PRESTATIONS FOURNIES AU TITRE DE LA GARANTIE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Les articles L 871-1 du code de la sécurité sociale (modifié par LOI n° 2014-892 du 8 août 2014 - art. 14) et R 871-1 et 2 (modifiés par le DÉCRET n° 2014-1374 du 18 novembre 2014) définissent le contenu des dispositifs d'assurance maladie complémentaire ouvrant droit au bénéfice d'une aide (dit « contrat responsable »).

Les instances compétentes ont décidé que la garantie complémentaire santé MDM Santé Digitale rentre dans cette catégorie et, à ce titre, doit respecter les caractéristiques réglementaires qui prévoient notamment les dispositions suivantes :

- **restrictions dans le remboursement des prestations : non prise en charge par la Mutuelle de la majoration du ticket modérateur hors parcours de soins ainsi que des dépassements d'honoraires autorisés hors parcours de soins ;**
- obligation de prise en charge les prestations précisées par décret dans le cadre du parcours de soins ainsi que le ticket modérateur pour l'ensemble des soins de ville et les frais d'hospitalisation pris en charge par l'assurance maladie (y compris de prévention) ;
- **limitation des dépassements d'honoraires pour les consultations et actes réalisés par les médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS) ou à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM, OPTAM-CO) ;**
- encadrement des remboursements des lunettes et limitation à un équipement (2 verres + 1 monture) par période de deux ans à compter de la date d'acquisition, sauf changement de correction et pour les mineurs, cas pour lesquels la limitation est par période de 1 an.

Par ailleurs, sera en outre déduite systématiquement des remboursements, la participation forfaitaire et les franchises médicales à charge des adhérents visées à l'article L 322-2 du code de la sécurité sociale.

TITRE III

PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES

ARTICLE 6

NATURE DES PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Il s'agit :

- d'une part des prestations ou autres avantages dont bénéficient tous les membres Participants, ci-après les « Avantages » ;
- et d'autre part des prestations ou services dont bénéficient les Bénéficiaires, en sus de la garantie complémentaire santé, du seul fait de l'adhésion à cette garantie, ci-après les « Services Santé ».

Conformément à l'article 1.6, la Mutuelle se réserve le droit de mettre un terme à tout moment et sans préavis à tout avantage ou Service Santé visé au présent titre ou d'en ajouter de nouveaux.

La Mutuelle n'encourt aucune responsabilité dans le cadre de la fourniture de ces avantages, dès lors qu'ils sont fournis par un tiers dans le cadre de contrats collectifs en inclusion ou Services Santé.

Le droit aux Avantages en vertu du présent Règlement prend effet à la date d'adhésion à la garantie visée au présent Règlement, sous réserve des délais d'attente éventuels propres à chacun de ces avantages.

Le droit aux Services Santé prend effet à la date d'adhésion à la garantie complémentaire santé, sous réserve des délais d'attente éventuels propres à chaque Service Santé.

ARTICLE 7

LES AVANTAGES

7.1 CAISSE D'ENTRAIDE

Il s'agit de secours susceptibles d'être alloués à un membre Participant de la Mutuelle en cas de circonstances graves et spécifiques, dans les conditions fixées à l'article 3 in fine des statuts de la Mutuelle.

Ainsi, notamment, le Bureau de la Mutuelle a la possibilité, à titre exceptionnel, et sur décision dûment motivée et fondée sur un contexte particulier et personnel touchant un membre Participant ou ses ayants droit, ayant adhéré ou bénéficiant du présent Règlement, ou une catégorie de ces membres Participants ou de leurs ayants droit, ou une garantie spécifique, relevant du présent Règlement, de réduire ou renoncer à un délai d'attente visés à l'article 2 ci-avant ou d'aménager le paiement d'une cotisation, voire son montant, ou d'allouer un secours exceptionnel.

7.2 PRESTATION OBSÈQUES

La Mutuelle a conclu, dans le cadre des dispositions de l'article 1.6 ci-avant, un contrat collectif pour le paiement d'une prestation obsèques en cas de décès d'un membre Participant.

Cette prestation en inclusion bénéficie à tous les Adhérents de la Mutuelle.

Ce contrat permet le versement d'une allocation forfaitaire **limitée au montant réellement exposé pour le financement des obsèques d'un membre Participant**. L'allocation est versée à la personne ayant pris en charge les obsèques sur présentation de l'original de la facture acquittée. Le montant de l'allocation et les conditions de versement sont précisés dans la notice établie par l'organisme assureur de cette prestation.

Les délais d'attente sont de douze mois pour la prestation obsèques pour tous les bénéficiaires.

Conformément aux articles L 141-4 du code des assurances et 5.2. des statuts, la notice d'information relative à ce contrat figure en Annexe au présent Règlement.

7.3 CONTRAT DÉPENDANCE

La Mutuelle met en place dans le cadre des dispositions de l'article 1.6. ci-avant, un contrat collectif, actuellement souscrit par la Mutuelle auprès de CNP Assurances, ouvrant aux Adhérents la possibilité de bénéficier d'une prestation viagère en cas de dépendance dans les conditions visées à la notice établie par CNP Assurances, ou celles qui s'y substitueraient.

Cette prestation en inclusion bénéficie à tous les Adhérents de la Mutuelle.

Conformément aux articles L 141-4 du code des assurances et 5.2. des statuts, la notice d'information relative à ce contrat figure en Annexe au présent Règlement.

ARTICLE 8

LES SERVICES SANTÉ

8.1 ASSISTANCE

La Mutuelle a conclu, dans le cadre des dispositions de l'article 1.6. ci-avant, des contrats collectifs d'assistance au profit de ses Adhérents.

Cet accord permet l'accès à l'ensemble des services visés à la notice du contrat collectif, ou à ceux qui s'y substitueraient dans la notice concernée.

Conformément aux articles L 141-4 du code des assurances et 5.2. des statuts, la notice assistance figure en annexe 6.3 du présent Règlement.

8.2 PLATEFORME SANTÉ

La Mutuelle met en place, dans le cadre des dispositions de l'article 1.6. ci-avant, par souscription auprès d'un organisme fournissant cette prestation, un contrat collectif de plateforme santé au profit de ses Adhérents.

Cet accord permet l'accès à l'ensemble des services visés à la notice de Carte blanche ou à ceux qui s'y substitueraient.

TITRE IV

TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS

ARTICLE 9

DÉFINITION DES RÉCLAMATIONS

Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement d'un Adhérent ou d'un ayant droits envers la Mutuelle ou les partenaires de la Mutuelle pour un produit ou un service mis à la disposition de l'Adhérent par la Mutuelle. Une demande d'information, une demande de service ou de prestations ou une demande de précision n'est pas une réclamation.

La Mutuelle a défini une procédure spécifique indiquée ci-après afin de faciliter le traitement des réclamations.

ARTICLE 10

PROCÉDURE ET DÉLAIS DE TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS

10.1 COMMENT EFFECTUER UNE RÉCLAMATION

Les réclamations visant le présent Règlement ou son exécution peuvent être effectuées ainsi qu'il suit :

- par téléphone directement auprès d'un responsable au siège de la Mutuelle :
Tél. : 01 40 54 54 41 / Fax GPM : 01 40 54 54 98
- par courriel : reclamation@gpm.fr.
- par lettre simple ou recommandée au nom de :

Service Réclamation
Mutuelle Familiale du Corps Médical Français
34 boulevard de Courcelles
75809, Paris Cedex 17

Quel que soit le sujet de la réclamation, nous vous invitons à préciser :

- la nature exacte de la réclamation
- le numéro du contrat concerné
- votre adresse et votre état civil complet (nom de famille et nom d'usage)
- vos date et lieu de naissance (ou ceux du ou des Bénéficiaires concernés)
- toute autre référence portée à votre connaissance : numéro de compte individuel, numéro de dossier en cours

Il est également recommandé de joindre à votre réclamation la copie des documents nécessaires à la bonne compréhension de la réclamation, sans vous démunir des originaux des pièces envoyées et en conservant une copie de vos demandes et des réponses qui vous sont faites.

10.2 DÉLAIS DE TRAITEMENT DE VOTRE RÉCLAMATION

La Mutuelle s'engage à accuser réception de la réclamation dans un délai qui n'excèdera pas 10 jours ouvrés. Elle s'efforce, par ailleurs, à donner une réponse écrite à toute réclamation dans un délai qui n'excèdera pas deux mois.

L'adhérent sera informé du déroulement du traitement de sa réclamation, notamment lorsque, en cas de survenance de circonstances particulières, les délais sur lesquels la Mutuelle s'est engagée ne peuvent pas être respectés.

Pour le cas où le traitement de votre réclamation ne vous donnerait pas satisfaction, les voies d'une médiation facultative sont exposées ci-après.

ARTICLE 11

MÉDIATION DE L'ASSURANCE

En cas de d'épuisement des voies internes à votre réclamation et si aucune solution n'a pu être trouvée, vous pouvez faire appel à la médiation. Le recours au médiateur est gratuit.

Attention, aucune action judiciaire ne doit avoir été engagée.

Le médiateur rend un avis dans un délai de deux mois. Vous avez le choix de suivre ou non cet avis, et restez ensuite libre de saisir le tribunal.

La Mutuelle a recours aux médiateurs de :

La Médiation de l'Assurance

TSA 50 110
75 441 Paris Cedex 09

Vous pouvez saisir :

- en ligne le Médiateur en complétant un formulaire de saisine sur le site de la Médiation de l'Assurance : <http://www.mediation-assurance.org>
- ou, envoyer un dossier écrit à l'adresse postale, comportant les informations suivantes : le nom de l'assureur : « Mutuelle du Médecin », les dates des principaux événements à l'origine du différend et un bref résumé du litige, les décisions ou réponses de la Mutuelle du Médecin qui sont contestées, la photocopie des courriers échangés, le numéro du contrat d'assurance et celui du dossier en cas de sinistre.

ANNEXES

ANNEXE 1

PRESTATIONS ET COTISATIONS COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

ANNEXE 1.1 PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRE SANTÉ MDM SANTÉ DIGITALE Page 20

ANNEXE 1.2 COTISATIONS COMPLÉMENTAIRE SANTÉ MDM SANTÉ DIGITALE Page 27

ANNEXE 2

COTISATION MUTUALISTE

ANNEXE 2 COTISATION MUTUALISTE Page 29

ANNEXE 3

COTISATION DES SERVICES SANTÉ

ANNEXE 3 COTISATION DES SERVICES SANTÉ Page 30

ANNEXE 4

PRINCIPALES PIÈCES NÉCESSAIRES AU REMBOURSEMENT

ANNEXE 4 PRINCIPALES PIÈCES NÉCESSAIRES AU REMBOURSEMENT Page 30

ANNEXE 5

NOTICE DES CONTRATS COLLECTIFS OUVRANT DROIT AUX GARANTIES EN INCLUSION VISÉES À L'ARTICLE 1.6. DU RÈGLEMENT MUTUALISTE

ANNEXE 5.1 NOTICE PRESTATIONS OBSÈQUES Page 32

ANNEXE 5.2 NOTICE DÉPENDANCE Page 34

ANNEXE 5.3 ASSISTANCE À COMPTER DU 1^{ER} JUILLET 2018 Page 36

ANNEXE 6

EXERCICE DU DROIT DE RENONCIATION PRÉVU À L'ARTICLE 1.3

ANNEXE 6 EXERCICE DU DROIT DE RENONCIATION PRÉVU À L'ARTICLE 1.3 Page 63

ANNEXE 1

PRESTATIONS ET COTISATIONS COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

« MDM Santé Digitale »

La présente garantie est souscriptible en ligne à compter du 1^{er} juillet 2018.

ANNEXE 1.1 PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRE SANTÉ MDM SANTÉ DIGITALE

Important: Au-delà des actes listés ci-dessous, l'intervention de la Mutuelle ne porte que sur les actes pris en charge par la Sécurité sociale.

Les garanties offertes dans le cadre de la présente annexe satisfont aux exigences des contrats « responsables », telles que prévues aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale, en ce qu'elles incluent la prise en charge du « ticket modérateur » dans son intégralité, sur les consultations, actes et prestations y compris de prévention, faisant l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale, ainsi que du forfait journalier hospitalier sans limitation de durée.

En outre, les remboursements respectent, le cas échéant, les prises en charges minimales et maximales prévues par l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale, telles que précisées dans le tableau des garanties.

La réglementation sur les contrats responsables nous impose de plafonner les taux de remboursements des actes et consultations pratiqués par des médecins n'ayant pas signé les options « pratique tarifaires maîtrisées », dites OPTAM et OPTAM CO.

Garanties exprimées en % de la base de remboursement de la sécurité sociale (BRSS) incluant le remboursement de la Sécurité Sociale versées dans la limite des frais réellement engagés.			
GARANTIE RESPONSABLE MDM Santé Digitale 2018			
Actes	Précisions Actes	% de la BRSS	Commentaire
SOINS COURANTS			
Consultations	Par un praticien OPTAM/OPTAM CO	250 %	Souvent entre confrères, les dépassements d'honoraires, lorsqu'ils sont appliqués, restent modérés. Le taux de 250 % devrait être suffisant.
	Par un praticien hors OPTAM/OPTAM CO	200 %	C'est le maximum qui peut être remboursé !
Actes techniques médicaux ⁽¹⁾	Par un praticien OPTAM/OPTAM CO	250 %	Souvent entre confrères, les dépassements d'honoraires, lorsqu'ils sont appliqués, restent modérés. Le taux de 250 % devait être suffisant.
	Par un praticien hors OPTAM/OPTAM CO	200 %	C'est le maximum qui peut être remboursé !
Pharmacie (y compris les honoraires de dispensation en officine)		100 %	MDM Santé Digitale rembourse tous les médicaments pris en charge par la Sécurité sociale, y compris ceux dont le service médical rendu est classé faible 15 % ou modéré 30 % et les préparations homéopathiques.

(1) Les actes techniques médicaux (ATM) comportent: les actes d'endoscopie en externe, divers actes diagnostiques (audiométrie, petits actes de dermatologie, d'ophtalmologie...), actes de radiologie et de cardiologie interventionnelle, actes de chimiothérapie, actes de radiothérapie, actes de médecine nucléaire.

Actes	Précisions Actes	% de la BRSS	Commentaire
Actes d'imagerie	Par un praticien OPTAM/OPTAM CO	250 %	Dans la majorité des cas votre reste à charge sera nul ou très faible.
	Par un praticien hors OPTAM/OPTAM CO	200 %	C'est le maximum qui peut être remboursé !
Auxiliaires médicaux : Soins Infirmiers/Kinésithérapie/Orthophonie		100 %	Il y a très peu de dépassements d'honoraires acceptés sur les soins paramédicaux. Nous les prenons en charge sous forme de forfait, voir ci-dessous.
Analyses médicales		100 %	Il y a très peu de dépassements d'honoraires mais plutôt des actes hors nomenclature. Nous les prenons en charge sous forme de forfait, voir ci-dessous.
Soins paramédicaux et analyse hors nomenclature ou dépassements d'honoraire non pris en charge par la Sécurité sociale par assuré et par année civile		100 €	Exemple : Drainage lymphatique: le supplément demandé, est, dans une grande partie des cas, jugé hors nomenclature par la Sécurité sociale.
HOSPITALISATION			
Honoraires et soins – Médecins	Par un praticien OPTAM/OPTAM CO	250 %	Entre confrères, les dépassements d'honoraires, lorsqu'ils sont appliqués, sont souvent modérés. Le taux de 250 % ne devrait pas vous laisser de reste à charge.
Actes chirurgicaux, anesthésie			
Honoraires et soins – Médecins	Par un praticien hors OPTAM/OPTAM CO	200 %	C'est le maximum qui peut être remboursé !
Actes chirurgicaux, anesthésie – Médecins			
Chambre particulière par nuitée (limite globale pour l'ensemble des assurés au contrat de 6 000 € par année civile).		150 €	Vous n'aurez pas de reste à charge, sauf cas extrêmement particulier.
Hébergement temporaire non médicalisé, maximum 6 nuits par assuré et par année civile. La prise en charge se limite à la nuit précédant la date de son hospitalisation et à la nuit suivant la date de la fin de cette hospitalisation. Si une de ces deux nuitées n'est pas effectivement consommée, elle ne sera pas prise en charge.		150 €	Si vous êtes hospitalisé(e) en ambulatoire : Nous prenons en charge la chambre d'hôtel prescrite par le médecin hospitalier la veille et / ou le soir de l'intervention.
Lit d'accompagnant (ascendants, descendants et conjoint assurés au contrat) : dans la limite de 15 jours par année civile et par assuré.		45 €	
Transport pris en charge par la Sécurité sociale		100 %	Le transport est régi par un tarif d'autorité et sous la vigilance des régimes obligatoires. Il n'y a pas de dépassement en principe. Il n'y a pas lieu à prévoir une couverture supérieure.
Frais de séjour ou hospitalisation à domicile en secteur conventionné et non conventionné		100 %	Les frais de séjour ne donnent pas lieu à dépassement. (sauf quelques établissements très spécifiques). Il n'y a pas lieu à prévoir une couverture supérieure.
Forfait Journalier Hospitalier (y compris les séjours psychiatriques)		20 €	Il est dû pour tout séjour supérieur à 24 heures dans un établissement public ou privé (participation financière aux frais d'hébergement). MDM Santé Digitale couvre sans limitation de durée.

Actes	Précisions Actes	% de la BRSS	Commentaire
AUDITION			
Audioprothèse		200 %	
APPAREILLAGE			
Petit appareillage autre que prothèses dentaires et auditives		150 %	Une prise en charge de la grande majorité des dépenses liées aux petits appareillages.
Grand appareillage		300 %	Face à ce coup dur nous répondons présent.
ENFANTS/MATERNITÉ			
Allocation maternité (par naissance ou adoption d'un enfant mineur)		400 €	
Maternité/Honoraires d'accouchement	Par un praticien OPTAM/OPTAM CO	300 %	
Maternité/Honoraires d'accouchement	Par un praticien non OPTAM/OPTAM CO	200 %	Nous souhaitons intervenir au mieux lors de ce moment fort de votre vie.
Obstétrique	Par un praticien OPTAM/OPTAM CO	300 %	Sauf cas particulier, vous n'aurez pas de reste à charge.
Obstétrique	Par un praticien non OPTAM/OPTAM CO	200 %	Nous souhaitons intervenir au mieux lors de ce moment fort de votre vie.
Chambre particulière maternité par assurée et par jour hors plafond prévu en cas d'hospitalisation		150 €	
PMA / FIV - actes techniques médicaux, à l'exclusion du DPNI (dépistage prénatal non invasif) – non acceptées par la Sécurité sociale Forfait par assurée et par année civile		400 €	
Pilule par assurée et par année civile		40 €	
Forfait Psychologue ou psychomotricien par séance dans la limite de 4 séances par enfant assuré et par année civile		40 €	40 € par séance dans la limite de 4 séances par an et par enfant assuré.
Dépistage du strabisme et de la surdité avant 3 ans (dont audio métrie subjective) + bilan allergique par enfant assuré et par année civile		50 €	

Actes	Précisions Actes	% de la BRSS	Commentaire
-------	------------------	--------------	-------------

PRÉVENTION/BIEN ÊTRE E-SANTÉ DIGITAL

Actes de prévention dentaire par assuré <u>et tous les 2 ans à compter du 1^{er} versement</u> : Test prophylactique dentaire/Scellement sillons des dents/Nettoyage et polissage professionnel des surfaces dentaires/ Application de vernis fluoré	100 €	Ces techniques sont innovantes et permettent d'identifier les risques de caries et les problèmes de gencives propres à chaque individu. Plus la prévention intervient tôt, plus vos enfants mais aussi votre conjoint et vous-même pouvez préserver votre dentition.
Vaccins acceptés par la Sécurité sociale + rappels	100 %	
Forfait Vaccins non acceptés par la Sécurité sociale par assuré et par année civile (dont vaccins liés à des voyages)	80 €	
Forfait Addictions (consultations et traitement non acceptés par la Sécurité sociale) par assuré et <u>par période de 2 ans à compter du premier versement</u>	200 €	
Forfait Ostéopathie/Homéopathie par assuré et par année civile (actes non acceptés par la Sécurité Sociale)	60 €	
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale	100 %	
Actes de prévention prévus par la Sécurité Sociale dont le bilan du langage oral, les dépistages de l'hépatite B et des troubles de l'audition, l'acte d'ostéodensitométrie	100 %	

DIGITAL/E-SANTÉ

Forfait Objet connecté e-santé ⁽³⁾ – à utiliser sur une période de deux ans à compter de la date d'achat du premier objet par membre participant	75 €	Cet objet appartient à l'une des trois familles listées ci-dessous : 1. « Activités physiques connectées » (exemple : nombre de pas, sommeil monitoring) ; 2. « Suivi physiologique connecté » (exemple : tensiomètre, poids, fréquence cardiaque, glycémie, suivi de grossesse) ; 3. « Observance connectée » (exemple : pilulier).
--	------	---

Actes	Précisions Actes	Montant	Commentaire
-------	------------------	---------	-------------

OPTIQUE

Montants hors remboursements Sécurité sociale et incluant un montant limité à 130 € au titre de la monture.

Ces forfaits sont indiqués pour un équipement par assuré composé de 2 verres et une monture tous les deux ans à compter de la date d'achat (sauf pour les enfants de moins de 18 ans et en cas d'évolution de la vue auquel cas le forfait est valable pour un équipement par an à compter de la date d'achat).

2 verres simples (avec monture)	250 €	Par le biais de notre partenariat avec le réseau « Carte blanche », vous pourrez bénéficier de tarif avantageux permettant de limiter votre reste à charge.
1 verre simple + 1 verre complexe (avec monture)	325 €	
2 verres complexes (avec monture)	400 €	
1 verre simple + 1 verre très complexe (avec monture)	400 €	
1 verre complexe + 1 verre très complexe (avec monture)	475 €	
2 verres très complexes (avec monture)	550 €	
Lentilles de correction prescrites médicalement (y compris celles non acceptées par la Sécurité Sociale) – par assuré et par année civile	180 €	
Chirurgie réfractive – par œil, par assuré et par année civile	600 €	

Les définitions « Verres simples, complexes et très complexes »

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 ;
- Verres multifocaux ou progressifs, hors verres « hyper complexes » définis ci-dessous.

Verres « très complexes » :

- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ;
- Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.

Le mode de prise en charge

La prise en charge, **en sus du « ticket modérateur »**, concerne un équipement, quel que soit l'âge de l'assuré, **composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans. La période de deux ans s'apprécie à compter de la date d'achat et s'achève deux ans après.**

Si l'équipement est acheté en deux fois (monture puis verres) la période de deux ans débute à la date d'achat du 1^{er} élément et s'achève 2 ans après.

Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, la prise en charge s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an.

La prise en charge est conditionnée par une validation de la facture au regard du degré de correction et des caractéristiques des verres.

Le renouvellement de l'équipement tous les ans justifié par l'évolution de la vue doit se fonder :

- soit sur la prescription médicale précisant le changement de correction,
- soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du code de la sécurité sociale.

La nouvelle correction sera comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme d'assurance maladie complémentaire.

La prise en charge de l'équipement défini ci-dessus est effectuée comme exprimé dans le tableau de garanties ci-dessus.

Actes	Précisions Actes	% de la BRSS	Commentaire
DENTAIRE			
Soins dentaires		200 %	
Prothèses dentaires acceptées par la Sécurité sociale		300 %	
Plafond prothèse dentaire par année civile et par assuré		1 500 €	À titre d'exemple, ce plafond permet d'indemniser jusqu'à 6 couronnes au niveau de remboursement maximum indiqué ci-dessus par bénéficiaire par année civile.
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale par enfant assuré au contrat (limitée à 6 semestres)		300 %	
Forfait Implants par assuré et par année civile		500 €	
Forfait Parodontologie par assuré et par année civile		200 €	

Notes et précisions complémentaires :

I - LA GARANTIE OBJET CONNECTE

Le forfait est exprimé par **membre participant** (et non pas par assuré) **et sur deux ans**. Cette période s'apprécie à compter de la date d'achat du premier « Objet Connecté E-Santé » et s'achève deux ans après.

L'utilisation de ce forfait suppose que l'objet acheté par le membre participant réponde à la définition de « l'Objet Connecté E-Santé » appartenant à l'une des familles d'Objet Connecté E-Santé ci-dessous et, que le membre participant n'ait pas précédemment utilisé la totalité de cette prestation. Le forfait est versé dans la limite des frais réellement engagés par le membre participant pour l'achat de l'Objet Connecté E-Santé.

Un « Objet Connecté E-Santé » est un objet autonome, muni de capteurs permettant à son utilisateur de mesurer et d'enregistrer des informations sur son activité physique et/ou des constantes physiologiques et/ou l'observance. L'objet communique les informations ainsi récoltées à un appareil tiers connecté à Internet (ex : ordinateur, tablette numérique, smartphone). L'appareil qui réceptionne les mesures réalisées fait fonctionner un logiciel consolidant, analysant et communiquant les données mesurées après consentement exprès de son utilisateur.

Cet objet appartient à l'une des trois familles listées ci-dessous :

1. « Activités physique connectées » (ex : nombres de pas, sommeil, monitoring);
2. « Suivi physiologique connecté » (ex : tensiomètre, poids, fréquence cardiaque, glycémie, suivi de grossesse);
3. « Observance connectée » (ex : pilulier).

Est exclue de la garantie « Objet Connecté E-Santé » toute demande de prise en charge concernant :

- un Smartphone ;
- une Tablette numérique ;
- un logiciel (application mobile par exemple) ;
- et plus généralement tout objet ne répondant pas aux définitions visées ci-dessus.

Le Membre participant est seul responsable des décisions quant au choix de l'« Objet Connecté E-Santé », à l'utilisation qu'il en fait, aux objectifs qu'il poursuit et notamment de l'exploitation des résultats qu'il obtient via l'utilisation de l'« Objet Connecté E-Santé » ainsi que des conséquences qui pourraient en résulter. En aucun cas, la responsabilité de la Mutuelle ne pourra être engagée eu égard à l'utilisation de l'« Objet Connecté E-santé » et des conséquences qui pourraient en résulter.

N'étant pas destinataire des données personnelles éventuellement collectées par des tiers via l'utilisation des objets connectés dont l'achat est remboursé au Membre participant, la Mutuelle n'effectue aucun traitement desdites données qu'elle n'est pas en mesure de collecter.

La Mutuelle n'est donc ni responsable de traitement ni sous-traitant eu égard aux données personnelles éventuellement collectées par des tiers via l'utilisation des objets connectés dont l'achat est remboursé au Membre participant.

II – LES EXCLUSIONS DE CETTE PRISE EN CHARGE

- les franchises médicales sur : les médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du code de la santé publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation,
- les actes effectués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation,
- les transports sanitaires terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence ;
 - la participation forfaitaire restant à la charge de l'assuré sur les actes ou consultations prise en charge par la Sécurité Sociale lorsque ceux-ci sont réalisés par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation ;
 - la modulation de participation applicable en cas de refus d'autorisation du patient au professionnel de santé à accéder à son dossier médical personnel ou à le compléter ;
 - les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins spécialistes sur le tarif des actes et consultations pour les patients qui les consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins.

ANNEXE 1.2 COTISATIONS COMPLÉMENTAIRE SANTÉ MDM SANTÉ DIGITALE

Les enfants de plus de 16 ans peuvent adhérer à la Mutuelle en tant que membre participant.

Ils payent alors la cotisation fonction de leur âge.

Le tarif « Actif » est appliqué à l'Adhérent lorsque celui-ci est âgé de moins de 60 ans à l'adhésion. Les adhérents âgés de 60 ans et plus au moment de l'adhésion relèvent des tarifs « Senior ».

	MDM santé digitale actif	MDM santé digitale senior
Enfants	360,00 €	360,00 €
18 à 23 ans	489,60 €	
24	496,80 €	
25	506,40 €	
26	517,20 €	
27	526,80 €	
28	536,40 €	
29	547,20 €	
30	558,00 €	
31	568,80 €	
32	579,60 €	
33	591,60 €	
34	602,40 €	
35	614,40 €	
36	626,40 €	
37	638,40 €	
38	651,60 €	
39	663,60 €	
40	676,80 €	
41	690,00 €	
42	704,40 €	
43	721,20 €	

	MDM santé digitale actif	MDM santé digitale senior
44	739,20 €	
45	757,20 €	
46	775,20 €	
47	794,40 €	
48	812,40 €	
49	829,20 €	
50	848,40 €	
51	866,40 €	
52	885,60 €	
53	904,80 €	
54	925,20 €	
55	945,60 €	
56	966,00 €	
57	987,60 €	
58	1 009,20 €	
59	1 030,80 €	
60	1 044,00 €	1 154,40 €
61	1 057,20 €	1 183,20 €
62	1 074,00 €	1 213,20 €
63	1 090,80 €	1 243,20 €
64	1 107,60 €	1 274,40 €
65	1 124,40 €	1 306,80 €
66	1 142,40 €	1 339,20 €
67	1 159,20 €	1 372,80 €
68	1 178,40 €	1 406,40 €
69	1 196,40 €	1 442,40 €
70	1 214,40 €	1 478,40 €

	MDM santé digitale actif	MDM santé digitale senior
71	1 233,60 €	1 514,40 €
72	1 252,80 €	1 552,80 €
73	1 273,20 €	1 591,20 €
74	1 292,40 €	1 630,80 €
75	1 312,80 €	1 671,60 €
76	1 333,20 €	1 713,60 €
77	1 353,60 €	1 756,80 €
78	1 375,20 €	1 801,20 €
79	1 396,80 €	1 845,60 €
80	1 418,40 €	1 892,40 €
81	1 422,00 €	1 896,00 €
82	1 425,60 €	1 900,80 €
83	1 429,20 €	1 905,60 €
84	1 432,80 €	1 910,40 €
85	1 436,40 €	1 915,20 €
86	1 440,00 €	1 920,00 €
87	1 443,60 €	1 924,80 €
88	1 447,20 €	1 929,60 €
89	1 450,80 €	1 934,40 €
90 et plus	1 454,40 €	1 939,20 €

ANNEXE 2

COTISATION MUTUALISTE

Le montant annuel de la cotisation mutualiste est de : 27 €.

Cette cotisation est due annuellement et d'avance pour tous les adhérents de la Mutuelle. La cotisation mutualiste ouvre droit aux avantages visés à l'article 7 du Règlement mutualiste. Cette cotisation est également due par le conjoint ayant la qualité d'ayant-droit.

En cas d'adhésion en cours d'année, la cotisation est due au prorata des mois restant à courir entre la date d'effet de l'adhésion et le 31 décembre de l'année.

En cas de démission ou radiation en cours d'année, aucune ristourne de cotisation n'est due par la Mutuelle.

ANNEXE 3

COTISATION DES SERVICES SANTÉ

Le montant annuel de la cotisation ouvrant droit aux Services Santé visés à l'article 8 du Règlement mutualiste est de : 9 €.

Cette cotisation est due annuellement et d'avance pour tous les adhérents de la Mutuelle.

En cas d'adhésion en cours d'année, la cotisation est due au prorata des mois restant à courir entre la date d'effet de l'adhésion et le 31 décembre de l'année.

En cas de démission ou radiation en cours d'année, aucune ristourne de cotisation n'est due par la Mutuelle.

ANNEXE 4

PRINCIPALES PIÈCES NÉCESSAIRES AU REMBOURSEMENT

Pièces à fournir pour le remboursement des prestations complémentaire santé hors télétransmission et hors tiers-payant.*

PRESTATIONS	PIECES À FOURNIR
HONORAIRES MÉDICAUX	
Consultations et visites tous types Actes chirurgicaux de spécialistes sans hospitalisation Analyses médicales Radiologie et électrothérapie Auxiliaires médicaux et paramédicaux	Originaux des décomptes de la Caisse d'Assurance Maladie comportant le détail des actes réglés par le Régime Obligatoire ou les reçus attestant le règlement d'un ticket modérateur dans le cas de soins externes.
PHARMACIE	
Médicaments	Reçus attestant le règlement du ticket modérateur/décompte sécurité sociale.
Vaccins (non remboursés par la Caisse d'Assurance maladie)	Original de la facture acquittée.
OPTIQUE	
Lunettes (remboursées par la Caisse d'Assurance Maladie)	Décomptes de Caisse d'Assurance Maladie comportant le détail des actes réglés par la Régime Obligatoire et la facture acquittée.
Lentilles (non remboursées par la Caisse d'Assurance Maladie)	Facture acquittée.
Monture	Décomptes de Caisse d'Assurance Maladie comportant le détail des actes réglés par la Régime Obligatoire et la facture acquittée.
PROTHÈSE AUDITIVE	
Prothèse auditive	Décompte de Caisse d'Assurance Maladie comportant le détail des actes réglés par le Régime Obligatoire et la facture acquittée.

PRESTATIONS	PIECES À FOURNIR
DENTAIRE	
Soins	Original des décomptes de Caisse d'Assurance Maladie comportant le détail des actes réglés par le Régime Obligatoire.
Prothèses remboursées par la Caisse d'Assurance Maladie	
Orthodontie remboursée par la Caisse d'Assurance Maladie	Original des décomptes de Caisse d'Assurance Maladie comportant le détail des actes réglés par le Régime Obligatoire.
Implants	Original de la facture acquittée.
HOSPITALISATION	
Frais de séjour	Original de la facture détaillée acquittée et note d'honoraires en cas de dépassements.
Honoraires (en hospitalisation et ambulatoire)	
Forfait journalier (médecine, chirurgie, rééducation)	
Forfait psychiatrie	
Chambre particulière	
Frais d'accompagnement	
Facture acquittée	Original de la facture détaillée acquittée.
Actes supérieurs à 120 € (en hospitalisation ou hors hospitalisation)	
Appareillage	Original du décompte de la Caisse d'Assurance Maladie comportant le détail des actes réglés par le Régime Obligatoire et la facture acquittée.
Petit	
Grand	
Prothèse mammaire et capillaire	
	Original de la facture détaillée acquittée.
CURE THERMALE	
Forfait thermal	Original du décompte de la Caisse d'Assurance Maladie comportant le détail des actes réglés par le Régime Obligatoire.
Surveillance cure	
(1) Rappel: la Mutuelle n'est pas responsable des dysfonctionnements éventuels survenus en cas de télétransmission et/ou d'absence de télétransmission. L'adhérent doit vérifier les remboursements qui le concernent, et, en cas de non remboursement fournir à la Mutuelle les pièces nécessaires au remboursement hors télétransmission visées ci-dessus.	
Pièces à fournir pour le versement de l'allocation maternité.	
ALLOCATION MATERNITÉ	
Allocation maternité	Copie de l'extrait d'acte de naissance.

ANNEXE 5

NOTICE DES CONTRATS COLLECTIFS OUVRANT DROIT AUX GARANTIES EN INCLUSION VISÉES À L'ARTICLE 1.6 DU RÈGLEMENT MUTUALISTE

ANNEXE 5.1 NOTICE PRESTATIONS OBSÈQUES

Objet

En application de l'article L.221-3 du code de la mutualité, sur décision de son conseil d'administration ratifiée par son assemblée générale, la Mutuelle a conclu auprès de CNP Assurances (ci-après l'Assureur), dans le cadre des dispositions de l'article 1.6 du Règlement mutualiste, un contrat d'assurance collective en cas de décès pour le paiement d'une prestation obsèques en cas de décès d'un membre participant (ci-après « contrat Prestation Obsèques »).

Ce contrat est régi par le Code des Assurances et la législation en vigueur au moment de la souscription puis à chaque renouvellement annuel. L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR – 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09).

Groupe Assuré

Sont assurés par le contrat Prestation Obsèques, à titre obligatoire, l'ensemble des membres Participants de la Mutuelle au sens de l'article 7 des statuts de la Mutuelle, sans sélection du risque et sans formalités d'adhésion. Les conjoints ayant qualité d'ayant-droit font également partie du « Groupe Assuré » sans sélection du risque et sans formalités d'adhésion.

Durée du contrat

Le contrat Prestation Obsèques est un contrat temporaire annuel. Il se renouvelle par tacite reconduction à chaque 1^{er} janvier sauf résiliation, par la Mutuelle ou l'Assureur, au moyen d'une lettre recommandée, au moins trois mois avant chaque 1^{er} janvier.

Tout décès d'un assuré survenant après la date d'effet de la résiliation du contrat Prestation Obsèques ne donnera pas lieu à prestation au titre du contrat.

Prise d'effet et durée de la garantie

La garantie prend effet, à l'égard de chaque assuré, au 1^{er} jour du mois suivant le mois au cours duquel il devient membre Participant de la Mutuelle, sous réserve du paiement de la cotisation mutualiste visée à l'article 4.1 i) et à l'annexe 2 du Règlement mutualiste.

Elle se renouvelle par tacite reconduction à chaque 1^{er} janvier sauf résiliation du contrat Prestation Obsèques comme indiqué ci-dessus. La garantie cesse de produire ses effets dans les cas suivants :

- lorsque l'assuré cesse d'être membre Participant de la Mutuelle ;
- en cas de non-paiement par le membre Participant de la cotisation mutualiste ;
- à la date d'effet de la résiliation du contrat Prestation Obsèques.

Prime

Les garanties au titre du contrat prestation obsèques sont accordés moyennant le paiement par l'assuré d'une prime annuelle payable d'avance comprise dans la cotisation mutualiste visée à l'article 4.1 i) et à l'annexe 2 du Règlement mutualiste.

La prime relative à la prestation obsèques est de 15 euros. Ce montant est révisable chaque année en fonction de l'évolution démographique et des résultats du contrat prestations obsèques.

Prestation assurée

En cas de décès d'un assuré du contrat Prestations Obsèques, l'Assureur verse au bénéficiaire défini ci-après un capital dont le montant est égal à 1 500 € en cas de décès avant 65 ans et à 1 000 € en cas de décès après 65 ans.

Bénéficiaire

L'Assureur verse le capital, par l'intermédiaire de la Mutuelle, à la personne ayant pris en charge les obsèques sur présentation d'une facture acquittée.

À défaut, le capital est versé :

- au conjoint survivant non séparé de corps ;
- à défaut, aux enfants de l'assuré par parts égales ;
- à défaut, aux père et mère de l'assuré par parts égales ;
- à défaut, aux ayants-droits de l'assuré.

Revalorisation

Le montant du capital peut être revalorisé chaque 1^{er} janvier d'un commun accord entre la Mutuelle et l'Assureur.

Obligation en cas de sinistre

En cas de décès de l'assuré, le bénéficiaire doit adresser à la Mutuelle les pièces justificatives suivantes :

- Un extrait d'acte de décès de l'assuré ;
- Un certificat médical précisant si le décès est dû ou non à une cause naturelle ;
- La facture acquittée des frais d'obsèques de l'assuré ;
- Toute pièce justifiant de la qualité de bénéficiaire.

Prescription

Toute action dérivant du présent contrat se prescrit par 10 ans conformément aux articles L.114-1 et L.114-2 du code des assurances.

Exclusions

Sont exclus de la garantie et n'entraîne aucun paiement à la charge de l'assureur :

- le suicide de l'assuré dans la première année d'assurance ;
- le meurtre commis par l'un des bénéficiaires sur la personne de l'assuré dès lors que ce bénéficiaire a été condamné ;
- les faits intentionnellement causés ou provoqués par l'assuré ou les bénéficiaires ;
- les conséquences de faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre ;
- les conséquences de guerre civile et étrangère, d'attentat, d'émeute, d'insurrection, d'acte de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels que soient les protagonistes, dès lors que l'assuré y prend une part active ;
- les conséquences de démonstration, acrobaties, compétitions nécessitant l'utilisation d'engins à moteurs ;
- les conséquences de vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide ;
- les conséquences de vols sur aile volante, sur ULM, de la pratique de parapente ;
- les conséquences des effets directs et indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux de l'atome.

ANNEXE 5.2 NOTICE DÉPENDANCE

Objet

En application de l'article L.221-3 du code de la mutualité, sur décision de son conseil d'administration ratifiée par son assemblée générale, la Mutuelle a conclu auprès de CNP Assurances (ci-après l'Assureur), dans le cadre des dispositions de l'article 1.6 du Règlement mutualiste, un contrat d'assurance collective en cas d'hospitalisation avec dépendance (ci-après « contrat Prestations Dépendance »). Ce contrat prévoit le paiement de prestations en cas de dépendance de l'assuré.

Est considéré en état de dépendance l'assuré qui ne peut accomplir seul trois au moins des quatre actes ordinaires de la vie (s'alimenter, s'habiller, se laver, se déplacer), a besoin d'une assistance continue pour accomplir ces actes et se trouve dans l'une des situations suivantes :

- (1) L'assuré est hébergé en section de cure médicale ou dans un établissement destiné à l'accueil des personnes âgées invalides :
« la section de cure médicalisée est destinée à des pensionnaires ayant perdu la capacité d'effectuer seuls les actes ordinaires de la vie ou atteints d'une affection somatique ou psychique stabilisée qui nécessite un traitement d'entretien, une surveillance médicale ainsi que des soins paramédicaux » (décret n° 78-478 du 29 mars 1978).
- (2) L'assuré est hospitalisé en unité de long séjour : « les centres de long séjour sont des établissements composés d'unités destinées à l'hébergement de personnes n'ayant plus d'autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretiens » (loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 et circulaire N° 1575 du 27 septembre 1971).
- (3) L'assuré est hébergé dans une maison de retraite habilitée à l'aide sociale.

Ce contrat est régi par le Code des Assurances et la législation en vigueur au moment de la souscription. L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR – 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09).

Groupe Assuré

Sont assurés par le contrat Prestation dépendance, à titre obligatoire, l'ensemble des membres Participants de la Mutuelle au sens de l'article 7 des statuts de la Mutuelle, sans sélection du risque et sans formalités d'adhésion, à l'exclusion des Participants déjà en état de dépendance à la date d'effet du contrat ou à la date à laquelle ils deviennent membre participant de la Mutuelle. Les conjoints ayant qualité d'ayant-droit font également partie du « Groupe Assuré » à l'exclusion de ceux déjà en état de dépendance à la date d'effet du contrat ou à la date à laquelle ils deviennent ayant-droit.

Adhésion des conjoints

L'adhésion des conjoints est facultative. Seuls peuvent adhérer, à l'exclusion des conjoints déjà en situation dépendance tel que défini à l'article objet :

- les conjoints âgés de moins de 35 ans lors de l'adhésion ;
- dans les 6 mois du mariage, les conjoints âgés de moins de 60 ans lors de l'adhésion.

Le conjoint qui adhère reçoit une notice d'information spécifique précisant les modalités de couverture au titre de la prestation dépendance facultative des conjoints.

Durée du contrat

Le contrat Prestation dépendance est un contrat temporaire annuel. Il se renouvelle par tacite reconduction à chaque 1^{er} janvier sauf résiliation, par la Mutuelle ou l'Assureur, au moyen d'une lettre recommandée, au moins deux mois avant chaque 1^{er} janvier.

Toute modification contractuelle ou consécutive à un changement dans la législation ou la réglementation ne peut prendre effet qu'au 1^{er} janvier suivant la signature par la Mutuelle et l'Assureur d'un avenant au contrat Prestation dépendance. Cette modification s'impose à chaque assuré.

Toute entrée en état de dépendance d'un assuré survenant après la date d'effet de la résiliation du contrat Prestation dépendance ne donnera pas lieu à prestation au titre du contrat.

Prise d'effet et durée de la garantie

La garantie prend effet, à l'égard de chaque Participant, au 1er jour du mois suivant le mois au cours duquel il devient membre Participant de la Mutuelle, sous réserve du paiement de la cotisation mutualiste visée à l'article 4.1 i) et à l'annexe 2 du Règlement mutualiste.

La garantie cesse de produire ses effets dans les cas suivants :

- lorsque l'assuré cesse d'être membre Participant de la Mutuelle ;
- en cas de non-paiement par le membre Participant de la cotisation mutualiste ;
- à la date à laquelle l'assuré, bien qu'en invalidité totale, opte pour une hospitalisation ou un hébergement à son propre domicile ou dans un établissement non reconnu par la sécurité sociale ou dans une maison de retraite non habilitée à l'aide sociale ;
- à la date d'effet de la résiliation du contrat Prestation dépendance.

Prime

La garantie au titre du contrat Prestation dépendance est accordée moyennant le paiement par l'assuré d'une prime annuelle payable d'avance comprise dans la cotisation mutualiste visée à l'article 4.1 i) et à l'annexe 2 du Règlement mutualiste.

La prime relative à la Prestation dépendance est de 12 euros par an. Ce montant est révisable chaque année en fonction de l'évolution des prestations assurées, des résultats du contrat prestation dépendance, des évolutions démographiques et de la législation.

Prestation assurée

En cas d'état de dépendance tel que défini à l'article objet ci-dessus, le montant de la prestation versée à l'assuré est égal au frais d'hospitalisation en long séjour ou dans une section de cure médicale engagés par l'assuré, **dans la limite de 16,66 euros** par jour, chaque mois étant décompté pour 30 jours.

Revalorisation

Le montant de la prestation peut être revalorisé annuellement d'un commun accord entre la Mutuelle et l'Assureur.

Mise en œuvre de la garantie

La garantie est mise en œuvre à la demande de l'assuré ou de ses ayants-droit. La demande doit être faite auprès de Mutuelle accompagnée des pièces justificatives suivantes :

- une fiche d'état civil de l'assuré ;
- un certificat médical délivré par le médecin traitant de l'assuré attestant que l'assuré est dans l'impossibilité physique totale d'accomplir les actes ordinaires de la vie et précisant la date de survenance de l'invalidité totale, sa cause, la durée probable de l'invalidité totale ;
- une attestation d'admission en long séjour ou section de cure médicale fournie par l'organisme d'accueil agréée par la Sécurité sociale ;
- une attestation d'admission dans une maison de retraite habilitée à l'aide sociale ;
- le décompte des frais engagés par l'assuré, fourni par l'établissement d'accueil.

Contrôle médical

L'Assureur se réserve le droit de soumettre à une visite médicale tout assuré qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du contrat Prestation dépendance.

Si le résultat de l'examen est contesté par le médecin de l'assuré, les deux médecins font appel à un troisième praticien pour les départager.

À défaut d'entente sur la désignation de ce dernier, le choix sera fait à la diligence de l'Assureur, par le Président du Tribunal de Grande Instance du département dans le ressort duquel se trouve le domicile de l'assuré.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin. Ceux du tiers arbitre, ainsi que tous les frais que comporte l'exercice de sa mission sont à la charge de l'Assureur dès lors que sa proposition n'est pas entièrement admise par la troisième expertise. Dans le cas contraire, ils sont à la charge de l'assuré.

Si l'assuré se refuse au contrôle médical ou s'il ne peut être joint par défaut de notification de changement d'adresse, la garantie de l'assurance est suspendue à son égard après envoi d'une mise en demeure adressée au dernier domicile connu figurant au dossier de l'assuré.

Versement de la prestation

La prestation dépendance est versée mensuellement à terme échu.

Le service de la prestation dépendance démarre à l'expiration d'un délai de franchise de 30 jours s'écoulant à compter du 1er jour d'admission en long séjour ou en section de cure médicale dans un centre reconnu par la Sécurité sociale ou dans une maison de retraite habilitée à l'aide sociale.

Le service de la prestation dépendance cesse à la date à laquelle :

- l'assuré n'est plus en invalidité totale telle que définie à l'article 1 ;
- l'assuré n'est plus hospitalisé en long séjour ou en section de cure médicale dans un centre reconnu par la sécurité sociale ;
- l'assuré ne séjourne plus dans une maison de retraite habilitée par la sécurité sociale ;
- l'assuré décède.

En cas de résiliation du contrat prestation dépendance, le service des prestations en cours est maintenu à son niveau atteint le jour de la résiliation, jusqu'à cessation du droit à prestations.

Prescription

Toute action dérivant du présent contrat se prescrit par 2 ans conformément aux articles L.114-1 et L.114-2 du code des assurances.

Exclusions

Sont exclus de la garantie et n'entraîne aucun paiement à la charge de l'assureur les conséquences :

- de faits intentionnellement causés ou provoqués par l'assuré ;
- de faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre ;
- les conséquences de guerre civile et étrangère, d'attentat, d'émeute, d'insurrection, d'acte de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels que soient les protagonistes, dès lors que l'assuré y prend une part active ;
- les conséquences des effets directs et indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux de l'atome.

ANNEXE 5.3 ASSISTANCE À COMPTER DU 1^{ER} JUILLET 2018

CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION CONTRAT COLLECTIF n° FIC18SAN0039 MUTUELLE DU MÉDECINE DU MÉDECIN

La MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS DIT MUTUELLE DU MÉDECIN a souscrit le contrat collectif n° FIC18SAN0039, au profit de ses Adhérents, auprès de **FILASSISTANCE**, afin de faire bénéficier ces derniers de garanties d'assistance telles que prévues ci-dessous.

Les garanties d'assistance sont assurées et gérées par **FILASSISTANCE**, Société Anonyme au capital de 4 100 000 €, régie par le Code des assurances, inscrite au RCS de Nanterre sous le n° 433 012 689, dont le siège social se situe au 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex.

A CADRE DES GARANTIES D'ASSISTANCE

1. COMMENT CONTACTER FILASSISTANCE ?

Téléphone	01 70 36 33 88 (numéro non surtaxé)
	+ 33 1 70 36 33 88 (depuis l'étranger)
Télécopie	01 47 11 24 63
Adresse postale	108 Bureaux de la Colline 92213 Saint-Cloud Cedex

2. MISE EN ŒUVRE DES PRESTATIONS

2.1. DÉLIVRANCE DES PRESTATIONS

FILASSISTANCE est accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et met en œuvre les prestations garanties, après accord préalable et sauf stipulation contraire, du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures (hors jours fériés). En cas de rapatriement médical prévu par les garanties d'assistance, **FILASSISTANCE** met en œuvre cette prestation 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Le Bénéficiaire ou son entourage doit impérativement contacter **FILASSISTANCE**, au numéro de téléphone suivant : 01 70 36 33 88 préalablement à toute intervention, dans un délai de cinq (5) jours à compter de la survenance de l'évènement qui donne lieu au bénéfice des présentes garanties, en précisant le numéro de contrat FIC18SAN0039. Le Bénéficiaire obtiendra ensuite un numéro de dossier qui seul justifiera une prise en charge de la part de **FILASSISTANCE**.

- défaut de respecter cet accord préalable et ce délai, aucune dépense effectuée d'autorité par le Bénéficiaire (ou son entourage) ne sera remboursée.

En cas d'accident ou d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers, le SAMU ou le médecin traitant.

2.2. CONDITIONS D'ORDRE MÉDICAL

Le choix des moyens à mettre en œuvre pour répondre à une demande d'assistance, relève de la décision de l'équipe médicale de **FILASSISTANCE**, qui recueille si nécessaire l'avis du médecin traitant.

Les montants de prise en charge, la durée de mise en œuvre des prestations d'assistance ainsi que le nombre d'heures mentionnées dans les garanties ne sont pas forfaitaires.

Afin de permettre à l'équipe médicale de **FILASSISTANCE** de prendre sa décision, cette dernière se réserve la possibilité de demander au Bénéficiaire de fournir toute pièce médicale originale qui justifie l'évènement qui le conduit à sa demande d'assistance.

Les pièces médicales devront être adressées sous pli confidentiel à l'attention du service médical de **FILASSISTANCE**.

2.3. CONDITIONS SPÉCIFIQUES AUX PRESTATIONS D'ASSISTANCE INFORMATIONS JURIDIQUES

Les prestations d'informations sont délivrées uniquement par téléphone **du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00 (hors jours fériés)** sur simple appel du Bénéficiaire. En aucun cas, les réponses aux demandes d'informations ne feront l'objet d'une confirmation écrite.

FILASSISTANCE s'engage à fournir une réponse dans **un délai maximal de 72 heures**.

La responsabilité de **FILASSISTANCE** ne pourra en aucun cas être recherchée en cas :

- **D'interprétation inexacte du ou des renseignements que le Bénéficiaire aura obtenu(s),**
- **Des difficultés qui pourraient surgir ultérieurement du fait d'une utilisation inappropriée ou abusive, par le Bénéficiaire, des informations communiquées.**

LES PRESTATIONS D'INFORMATIONS « JURIDIQUE ET VIE PRATIQUE » dispensées par **FILASSISTANCE** ne peuvent se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, notaires, etc. Le contenu de l'information juridique délivrée est purement documentaire et **ne peut excéder le champ défini par l'article 66-1 de la Loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971. Filassistance ne pourra pas être tenue responsable de la caducité des informations communiquées qui résulterait de l'évolution de la réglementation postérieure à cet appel.**

Sont exclues de la garantie les demandes d'information ne relevant pas du droit français.

3. QUI PEUT BÉNÉFICIER DES GARANTIES ?

Ont la qualité de Bénéficiaires, l'Adhérent, son Conjoint, leur(s) enfant(s) et ascendants fiscalement à charge et vivant sous le même toit ainsi que toute autre personne désignée dans la garantie comme destinataire de la prestation servie.

Les Bénéficiaires doivent résider en France telle que définie ci-dessous.

4. OU S'APPLIQUENT LES GARANTIES ?

À l'exception des garanties d'assistance indiquées dans C.5.1 « RAPATRIEMENT DE CORPS », C.5.2 « DÉPLACEMENT D'UN PROCHE SUR LE LIEU DE DÉCÈS », C.5.3 « RETOUR DES ACCOMPAGNATEURS » et C.6 « ASSISTANCE VOYAGE ET DÉPLACEMENTS » (sauf la garantie « FRAIS MÉDICAUX DENTAIRES ET D'HOSPITALISATION À L'ÉTRANGER » qui ne s'applique que à l'Étranger) qui s'appliquent à plus de 50 km du Domicile de l'Adhérent en France et/ou à l'Étranger, les garanties d'assistance fournies par FILASSISTANCE s'appliquent en France telle que définie ci-dessous.

Elles sont fournies exclusivement depuis et au sein de la Zone de résidence de l'Adhérent, telle que définie ci-dessous.

5. QUELLE EST LA PÉRIODE DES GARANTIES ?

La présente Notice prend effet :

▪ **À compter du 1^{er} juillet 2018 :**

- MdM Santé Digitale
- Complémentaire santé Responsable Actifs/Séniors Options PRIMUM – MEDIUM – SUMMUM ;
- Complémentaire santé Responsable Étudiants Options PREMIUM, OPTIMIUM ;
- Complémentaire santé Non responsable Gros Risques Actifs/Séniors ;
- Garanties Sur-complémentaires Non responsable Actifs/Séniors.

et couvre les événements garantis survenus au plus tôt à compter de cette date.

Les Bénéficiaires peuvent solliciter les prestations pendant la période d'adhésion à l'un des contrat santé assuré par la Mutuelle du Médecin (listés ci-dessus) et **sous réserve du règlement de la cotisation correspondante**.

Toutefois, le droit à garantie auprès de FILASSISTANCE cesse pour chaque Adhérent :

- En cas de cessation de l'adhésion à l'un des contrat santé assuré par la Mutuelle du Médecin (listés ci-dessus) ;
- En cas de résiliation du Contrat collectif d'assistance n° **FIC18SAN0039**.

B DÉFINITIONS

Les Parties entendent les termes ci-dessous selon les définitions suivantes :

- **Accident :** Toute atteinte corporelle non intentionnelle et indépendante de la volonté du Bénéficiaire, provenant de l'action soudaine, violente et imprévisible d'une cause extérieure.
- **Actes de la vie quotidienne :** Se lever/ se coucher, s'habiller, se laver, se nourrir, aller aux toilettes, se déplacer dans son Domicile.
- **Adhérent :** Toute personne physique, ayant la qualité de médecin (remplissant les conditions de l'article L4111-1 du Code de la santé publique), et bénéficiaire du contrat collectif d'assistance n° **FIC18SAN0039**.
- **AGGIR :** Outil national d'évaluation de la dépendance déterminant le niveau des aides publiques.
- **Aidé :** Le Proche parent tel que défini ci-dessous de l'Adhérent qui est reconnu dépendant (à partir de GIR 4 au sens de la grille AGGIR).
- **Aide à domicile :** Personne assurant les travaux courants d'entretien du logement tels que le ménage, le repassage, l'aide aux repas ainsi que les courses de proximité.
- **Agression :** Tout acte de violence physique infligé volontairement à l'Adhérent par un individu lors de l'exercice de sa profession entraînant un dépôt de plainte par l'Adhérent.
- **Assuré aidant :** L'Adhérent qui aide un de ses Proches parents, devenu dépendant (à partir de GIR 4 de la grille AGGIR). L'Assuré aidant apporte une aide quotidienne à son Proche parent pour les actes de la vie quotidienne. Il doit avoir le même domicile ou visiter quotidiennement son Proche parent à domicile.
- **Atteinte corporelle :** blessure ou Maladie dont la nature risque de porter atteinte à la vie même du Bénéficiaire ou d'engendrer à brève échéance une aggravation importante de son état si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.
- **Animaux de compagnie :** Chiens et chats remplissant les obligations d'identification et de vaccination fixées par la réglementation à l'exclusion de tout chien susceptible d'être dangereux c'est-à-dire les chiens de races Staffordshire bull terrier, Mastiff, American Staffordshire terrier, Tosa, les chiens assimilables par leurs caractéristiques morphologiques aux chiens de ces races ainsi que les chiens communément appelés « Pitt bull ». L'animal garanti ne devra pas faire l'objet d'un élevage ou être détenu dans le cadre d'une activité professionnelle ou commerciale quelle qu'elle soit.
- **Bénéficiaires :** Toute personne désignée à l'article 3 du paragraphe A, ci-avant.

- **Conjoint :** Le conjoint marié à l'Adhérent, non séparé de corps ; le concubin tel que défini à l'article 515-8 du Code civil ; ou le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) à l'Adhérent.
- **Contrat :** le Contrat d'assistance n° **FIC18SAN0039**.
- **Dépendant :** Le proche de l'Adhérent ou de son Conjoint qui est reconnu dépendant (équivalent GIR 4 au sens de la grille AGGIR).
- **Domicile :** Le foyer fiscal ou le lieu de résidence principale et habituelle de l'Adhérent, mentionné sur le bulletin d'adhésion.
- **Étranger :** Tout pays situé hors de France, à l'exclusion des pays formellement déconseillés par le gouvernement français.
- **Évènement :** Toute situation prévue par la présente notice justifiant d'une demande d'intervention auprès de **FILASSISTANCE**.
- **France :** France métropolitaine, les Départements-Régions d'Outre-mer français: Guadeloupe, Guyane française, Martinique et la Réunion et les Collectivités d'Outre-Mer françaises: la Polynésie française, Saint-Barthélemy, Saint-Pierre-et-Miquelon et Wallis-et-Futuna.
- **Handicap :** Toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie par une personne, en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. Le handicap doit être reconnu par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).
- **Hospitalisation :** Tout séjour **d'une durée supérieure à 24 heures sauf stipulation contraire**, dans un établissement de soins public ou privé, pour un traitement médical ou chirurgical.
- **Hospitalisation ambulatoire :** Toute Hospitalisation **de moins de 12 heures sans hébergement de nuit, qu'elle soit prévue ou imprévue, à l'exception des passages aux urgences**.
- **Hospitalisation imprévue :** Tout séjour imprévu d'une durée supérieure à 24 heures, **hors séjour ambulatoire**, dans un établissement de soins public ou privé, pour un traitement médical ou chirurgical suite à une Maladie ou à une Atteinte corporelle et **dont la survenance n'était pas connue dans les 7 jours avant son déclenchement**.
- **Immobilisation :** État d'une personne se trouvant dans l'incapacité physique totale ou partielle de se déplacer constatée par un médecin et nécessitant le repos au Domicile.
- **Maladie :** Toute altération de la santé, constatée par une autorité médicale compétente.
- **Maladie soudaine :** Toute altération soudaine et imprévisible de la santé, non consécutive à une Maladie préexistante, constatée par une autorité médicale compétente.
- **Pathologies lourdes :** Accident vasculaire cérébral invalidant, infarctus ou pathologie cardiaque invalidante, hémopathies, insuffisance hépatique sévère, diabète insulino-instable, myopathie, insuffisance respiratoire instable, Parkinson non équilibré, mucoviscidose, insuffisance rénale dialysée décompensée, suite de transplantation d'organe, paraplégie non traumatique, polyarthrite rhumatoïde évolutive, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, complication invalidante suite à des actes chirurgicaux et certaines polypathologies (association de plusieurs maladies) dont la prise en charge sera laissée à l'appréciation des médecins de **FILASSISTANCE**.
- **Proche parent :** Ascendant et descendant du 1er degré, Conjoint et beaux-parents de l'Adhérent.
- **Titre de transport :** Dans la limite des disponibilités, pour les trajets dont la durée est inférieure à 5 heures, il est remis un billet de train, aller et retour, 1^{re} classe. Pour les trajets supérieurs à cette durée, il est remis un billet d'avion, aller et retour, classe économique.

Zone de résidence :

- Pour l'Adhérent résidant en France métropolitaine : zone couvrant la France métropolitaine.
- Pour l'Adhérent résidant dans les Départements-Régions d'Outre-Mer français : zone limitée au Département-Région dans lequel se trouve le Domicile de l'Adhérent.
- Pour l'Adhérent résidant dans les Collectivités d'Outre-Mer : zone limitée à la Collectivité d'Outre-Mer française dans laquelle se trouve le Domicile de l'Adhérent.

C PRESTATIONS D'ASSISTANCE

C.1 ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE

1. PRESTATIONS ACCESSIBLES AUX BÉNÉFICIAIRES DES L'ADHÉSION

1.1. INFORMATIONS JURIDIQUES

FILASSISTANCE apporte aide et informations au Bénéficiaire dans les domaines de la vie pratique et juridique :

▪ Renseignements réglementaires

- **Justice/Défense/Recours** : à qui vous adresser, comment porter plainte, juridictions civiles, juridictions administratives, juridictions pénales, frais de justice, aide judiciaire, amendes pénales, etc.
- **Sociétés/Commerçants/Artisans/Affaires** : professions libérales, professions commerciales et industrielles, professions artisanales, sociétés commerciales, TVA et autres taxes, assurances professionnelles, aide-mémoire de formalités, frais d'installation.
- **Assurances sociales/Allocations/Retraites** : salaires, fonction publique, commerce, artisanat, professions libérales, agriculteurs, prestations familiales, accidents du travail, pension de réversion des salariés, pension de réversion des non-salariés, aide sociale, etc.
- **Impôts/Fiscalité** : imprimés à remplir, traitements et salaires, revenus fonciers, BIC, BNC, BA, plus-values, charges déductibles, calcul de l'impôt, impôts locaux, réclamations, paiements, contrôles, etc.
- **Famille** : régimes matrimoniaux, grossesse, naissance, adoption, éducation des enfants, émancipation des mineurs, union libre, divorce, succession, décès, handicapés, etc.

▪ Renseignements vie pratique

- **Habitation/Logement** : acquisition, construction, financement, bail, congés, copropriété, vente, achat en viager, résidence secondaire, urbanisme, expropriation, les professionnels et l'immobilier, organismes à consulter, etc.
- **Consommation** : argent et chèques dans la vie quotidienne, santé, personnel de maison, protection de la vie privée, l'énergie dans la vie quotidienne, automobile, vivre mieux (nouvelles brèves et conseils) etc.
- **Vacances/Loisirs** : Vacances en famille, enfants et adolescents, camping, caravaning, voyages organisés, centres et mouvements de jeunesse, activités de plein air, activités culturelles, loisirs du 3e âge, vacances à l'Étranger, votre argent en vacances, etc.
- **Formalités/Cartes/Permis** : état civil, passeport, casiers judiciaires, cartes et permis divers, obligations militaires, déménagements, etc.
- **Les services publics** : EDF/GDF, opérateurs téléphoniques, SNCF, la Mairie, la Préfecture, le Médiateur : pour quels services ?, À qui s'adresser ? Comment ?
- **Enseignement/Formation** : école maternelle, primaire, secondaire, après le baccalauréat, bourses du second degré, aides financières pour étudiants, téléenseignements, collèges et lycées spéciaux, etc.

1.2. ÉCOUTE ET AIDE À LA RECHERCHE DE PROFESSIONNELS ASSURANT LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

FILASSISTANCE met en relation le Bénéficiaire avec sa plate-forme d'écoute médico-psycho-sociale composée de chargés d'assistance spécialisés, de psychologues cliniciens, de médecins, d'assistantes sociales, destinée à lui assurer une écoute adaptée et/ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

Une autorisation écrite des parents (ou du tuteur légal) titulaires de l'autorité parentale du Bénéficiaire mineur est requise avant la réalisation de la consultation téléphonique avec un psychologue. L'obtention de l'autorisation est à la charge de FILASSISTANCE qui s'y oblige.

FILASSISTANCE prend en charge 5 entretiens téléphoniques et 3 entretiens face à face par année civile.

1.3. CONSEIL SOCIAL

FILASSISTANCE organise et prend en charge 5 entretiens téléphoniques avec le Bénéficiaire sur une **période de 12 mois consécutifs** avec un Travailleur Social.

Le Travailleur Social évaluera les besoins d'aide et d'accompagnement en matière de droits sociaux, identifiera les priorités et propose des solutions au Bénéficiaire.

1.4. SERVICES À LA CARTE

FILASSISTANCE recherche et met en relation le Bénéficiaire avec l'un des prestataires suivants, **sous réserve des disponibilités locales** :

- Livraison de repas, de courses, de médicaments.
- Télé sécurité, garde du domicile (vigile).
- Garde des petits-enfants, des animaux de compagnie.
- Aide-ménagère, accompagnateur dans les déplacements.
- Auxiliaire de vie, professionnels paramédicaux.
- Coiffeur, pédicure, esthéticienne, dame de compagnie, service « blanchisserie ».
- Et tout autre service de proximité répondant à un besoin lié à l'organisation de la vie quotidienne (taxis, gares, aéroports, loueurs de véhicules, gendarmeries, entreprises de dépannage situées dans un rayon de 30 km du domicile...).

FILASSISTANCE indique au Bénéficiaire quels sont les services à la carte qui peuvent être financés par les Chèques Emploi Service Universel (ou CESU). Dans ce dernier cas, ils peuvent ouvrir droit à des réductions d'impôt dès lors qu'ils sont délivrés par des prestataires agréés (et dans les conditions de la réglementation en vigueur).

1.5. NUTRITION PRÉVENTION SANTÉ

À la demande du Bénéficiaire, **FILASSISTANCE** le met en relation **une fois par année civile**, avec un diététicien pour bénéficier de conseils diététiques par téléphone et prévenir les risques liés à son alimentation.

Les frais de consultation ainsi que le bilan nutritionnel qui pourra être réalisé sont à la charge du Bénéficiaire.

1.6. COACHING FORME

FILASSISTANCE organise et prend en charge, un service individuel de mise à l'activité physique ou sportive pour le Bénéficiaire.

Le programme permet de réaliser un bilan à distance suivi d'un accompagnement motivationnel et de conseils téléphoniques réalisés par un éducateur en activité physique adaptée.

FILASSISTANCE prend en charge 5 entretiens téléphoniques par année civile.

2. PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION AMBULATOIRE SUIVIE D'UNE IMMOBILISATION SUPÉRIEURE À 3 JOURS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

2.1. AIDE À DOMICILE

FILASSISTANCE met à disposition de l'Adhérent ou de son Conjoint une Aide à domicile exerçant dans sa Zone de résidence, afin de le soulager dans ses tâches ménagères.

FILASSISTANCE prend en charge la rémunération de l'Aide à domicile, dans les conditions ci-dessous :

- Avant la mise en œuvre de la prestation, un certificat médical devra être adressé à **FILASSISTANCE sous pli confidentiel** à l'attention du médecin régulateur de **FILASSISTANCE**.
- **La durée de mise en œuvre de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'Adhérent/de son Conjoint, par le service médical de FILASSISTANCE.**

FILASSISTANCE prend en charge la rémunération du prestataire à hauteur de 10 heures maximum réparties sur les 5 jours suivant le début de l'Immobilisation de l'Adhérent ou de son Conjoint.

3. PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS EN CAS D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE À 2 JOURS OU D'IMMOBILISATION AU DOMICILE SUPÉRIEURE À 5 JOURS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

3.1. AIDE À DOMICILE

FILASSISTANCE met à disposition de l'Adhérent ou de son Conjoint une Aide à domicile exerçant dans sa Zone de résidence, afin de le soulager dans ses tâches ménagères.

FILASSISTANCE prend en charge la rémunération de l'Aide à domicile, dans les conditions ci-dessous :

- Avant la mise en œuvre de la prestation, un certificat médical devra être adressé à **FILASSISTANCE sous pli confidentiel** à l'attention du médecin régulateur de **FILASSISTANCE**.
- **La durée de mise en œuvre de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'Adhérent/de son Conjoint, par le service médical de FILASSISTANCE.**

FILASSISTANCE prend en charge la rémunération du prestataire à hauteur de 30 heures maximum réparties sur les 30 jours suivant le début de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation ou la date de fin d'Hospitalisation ou d'Immobilisation de l'Adhérent ou de son Conjoint.

3.2. ACCOMPAGNEMENT AU TRAVAIL

Suite à l'Hospitalisation ou pendant la période d'Immobilisation et si l'état de santé de l'Adhérent ou de son Conjoint le permet, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge son accompagnement en taxi de son Domicile à son lieu de travail **dans la limite de 5 aller-retour par Évènement**.

La distance entre le Domicile de l'Adhérent et le lieu de travail est limitée à 30 km.

3.3. GARDE OU TRANSFERT DES ENFANTS ÂGÉS DE MOINS DE 16 ANS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Si personne ne peut s'occuper des enfants âgés de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint restés au Domicile, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge **l'une** des prestations ci-dessous, choisie par l'Adhérent ou par son Conjoint :

- La garde à Domicile : le nombre d'heures de garde attribué est évalué par **FILASSISTANCE** selon la situation et **ne pourra dépasser 10 heures par jour dans la limite de 2 jours par Évènement** ;
- OU le transfert des enfants, chez un proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, en mettant à leur disposition **un Titre de transport** ;
- OU la venue d'un proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, jusqu'au Domicile, en mettant à sa disposition **un Titre de transport**.

3.4. ACCOMPAGNEMENT DES ENFANTS ÂGÉS DE MOINS DE 16 ANS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT À L'ÉCOLE, À LA CRÈCHE OU AU DOMICILE DE LA NOURRICE

Si personne ne peut assurer l'accompagnement des enfants **âgés de moins de 16 ans** de l'Adhérent ou de son Conjoint, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge leur conduite soit à l'école, soit à la crèche soit au domicile de la nourrice et leur retour au Domicile de l'Adhérent.

La prise en charge est limitée à 5 aller-retour par semaine par enfant, sur une période de 4 semaines maximum par Évènement.

La distance entre le Domicile de l'Adhérent et l'école, la crèche ou le Domicile de la nourrice est limitée à 25 km.

3.5. ACCOMPAGNEMENT DES ENFANTS ÂGÉS DE MOINS DE 16 ANS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT AUX ACTIVITÉS EXTRASCOLAIRES

Si personne ne peut assurer l'accompagnement des enfants âgés de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge leur conduite aux activités extrascolaires et leur retour au Domicile de l'Adhérent.

La prise en charge est limitée à un aller-retour par semaine par enfant, sur une période de 4 semaines maximum par Évènement.

3.6. AIDE AUX DEVOIRS

FILASSISTANCE organise et prend en charge à compter du **1er d'Hospitalisation ou d'Immobilisation de l'Adhérent**, le soutien pédagogique de leur enfant du cours primaire au secondaire dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), **au Domicile de l'Adhérent, du lundi au vendredi**, à raison de 2 heures maximum par semaine par enfant dans la limite 4 semaines par Évènement, hors vacances scolaires et jours fériés.

Cette prestation est subordonnée à l'existence d'un ou plusieurs répétiteurs dans un rayon de 25 km du Domicile de l'Adhérent.

En tout état de cause, cette prestation cesse le dernier jour de l'année scolaire tel que défini par le Ministère de l'Éducation Nationale.

3.7. GARDE OU TRANSFERT DES ASCENDANTS DÉPENDANTS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Si personne ne peut s'occuper des ascendants dépendants de l'Adhérent ou de son Conjoint, vivant habituellement au Domicile et restés seuls, **FILASSISTANCE** organise et prend **l'une** des prestations ci-dessous, choisie par l'Adhérent ou par son Conjoint :

- La garde à Domicile : le nombre d'heures de garde attribué est évalué par **FILASSISTANCE** selon la situation et **ne pourra dépasser 30 heures par Évènement réparties sur les 30 jours** suivant le début de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation de l'Adhérent ou de son Conjoint ;
- OU le transfert des ascendants, chez un proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, en mettant à leur disposition **un Titre de transport** ;
- OU la venue d'un proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, jusqu'au Domicile, en mettant à sa disposition **un Titre de transport**.

3.8. PRÉSENCE D'UN PROCHE AU CHEVET

FILASSISTANCE organise et prend en charge le transport d'un proche résidant dans la même Zone de résidence que celle de l'Adhérent, en mettant à sa disposition **un Titre de transport**, afin de se rendre au chevet de l'Adhérent ou de son Conjoint.

FILASSISTANCE prend également en charge l'hébergement du proche sur place pendant **2 nuits maximum (petit déjeuner inclus)** dans la limite **50 € TTC par nuit**.

3.9. PRISE EN CHARGE DES ANIMAUX DE COMPAGNIE

FILASSISTANCE organise et prend en charge (hors frais de toilettage et de soins vétérinaires), pendant la période d'Hospitalisation ou d'Immobilisation, la garde à l'extérieur ou l'entretien à Domicile ou bien la promenade des Animaux de compagnie tels que définis ci-dessus.

La prise en charge de la garde ou de la promenade de ces animaux ne peut excéder une période de **15 jours maximum par Évènement**.

4. PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS EN CAS D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE À 2 JOURS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

4.1. TRANSFERT POST-HOSPITALISATION CHEZ UN PROCHE

FILASSISTANCE organise et prend en charge le transport non médicalisé de l'Adhérent ou de son Conjoint depuis son Domicile vers le domicile d'un proche résidant dans la même Zone de résidence de l'Adhérent, **dans la limite de 200 € TTC par Évènement et par année civile**.

Cette prestation doit être mise en œuvre dans les **5 jours** suivant la date de sortie de l'Adhérent ou de son Conjoint de l'Hôpital.

5. PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS EN CAS D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE À 14 JOURS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

5.1. PRÉPARATION DU RETOUR AU DOMICILE

Si aucun proche de l'Adhérent ou de son Conjoint n'est présent localement, FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue d'un intervenant qualifié **dans la limite de 4 heures par Évènement** pour permettre un retour au Domicile de l'Adhérent ou de son Conjoint dans les meilleures conditions.

Cette prestation comprend :

- La réouverture du Domicile avec notamment l'ouverture des volets, de l'eau, du gaz, de l'électricité et des appareils électriques,
- La mise en température du chauffage du logement,
- Le ménage,
- Les courses, **le coût des courses demeurant à la charge de l'Adhérent ou de son Conjoint**.

La prestation est conditionnée par la remise d'une demande écrite d'intervention de l'Adhérent ou de son Conjoint, la mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et les conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux.

FILASSISTANCE intervient dans les **24 heures** suite à la remise des clés et/ou du code d'accès de l'habitation.

Ce délai peut être porté à **48 heures** si la transmission des clés est faite le week-end ou la veille d'un jour férié.

Si les clés ne peuvent être remises à l'intervenant préalablement à la sortie de l'Adhérent ou de son Conjoint **et sous réserve qu'il ait été missionné 48 heures avant la sortie de l'hôpital**, l'intervenant accomplira sa mission le jour du retour au Domicile.

6. PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE SUPÉRIEURE À 2 JOURS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

6.1. FERMETURE DU DOMICILE

Si aucun proche de l'Adhérent ou de son Conjoint n'est présent localement, FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue d'un intervenant qualifié **dans la limite de 2 heures par Évènement** afin de s'assurer que le Domicile de l'Adhérent soit apte à rester fermé pendant une durée indéterminée.

Cette prestation comprend :

- la fermeture des accès du logement : portes, portail, garage, fenêtres, volets...,
- la fermeture des éléments situés à l'intérieur du logement : lumières, appareils électriques...,
- le traitement des denrées périssables : vider les poubelles, lave-vaisselle, machine à laver, tri des aliments du frigo...

La prestation est conditionnée par la remise d'une demande écrite d'intervention de l'Adhérent ou de son Conjoint, la mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et les conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux.

FILASSISTANCE intervient dans les 24 heures suite à la remise des clés et/ou du code d'accès de l'habitation. Ce délai peut être porté à 48 heures si la transmission des clés est faite le week-end ou la veille d'un jour férié.

7. PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS EN CAS D'IMMOBILISATION SUPÉRIEURE À 5 JOURS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

7.1. TRANSPORT AUX RENDEZ-VOUS MÉDICAUX

Si l'état de santé de l'Adhérent ou de son Conjoint le permet, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge son accompagnement non médicalisé au lieu de son rendez-vous médical **dans la limite de 2 aller-retour par Évènement. La distance entre le Domicile de l'Adhérent et le lieu du rendez-vous médical est limitée à 25 km.**

8. PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS EN CAS D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE À 2 JOURS OU EN CAS D'IMMOBILISATION SUPÉRIEURE À 5 JOURS DE L'ENFANT ÂGÉ DE MOINS DE 16 ANS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

8.1. AIDE À DOMICILE

FILASSISTANCE met à disposition de l'Adhérent ou de son Conjoint une Aide à domicile exerçant dans sa Zone de résidence, afin de le soulager dans ses tâches ménagères.

FILASSISTANCE prend en charge la rémunération de l'Aide à domicile, dans les conditions ci-dessous :

- Avant la mise en œuvre de la prestation, un certificat médical devra être adressé à **FILASSISTANCE sous pli confidentiel** à l'attention du médecin régulateur de **FILASSISTANCE**.
- **La durée de mise en œuvre de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé de l'enfant et/ou de la situation de famille de l'Adhérent/de son Conjoint, par le service médical de FILASSISTANCE.**

FILASSISTANCE prend en charge la rémunération du prestataire à hauteur de 5 heures maximum pendant la période d'Hospitalisation ou d'Immobilisation de l'enfant.

8.2. GARDE OU TRANSFERT DES AUTRES ENFANTS ÂGÉS DE MOINS DE 16 ANS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Si personne ne peut s'occuper des autres enfants âgés de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint restés au Domicile, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge **l'une** des prestations ci-dessous, choisie par l'Adhérent ou par son Conjoint :

- La garde à Domicile : le nombre d'heures de garde attribué est évalué par **FILASSISTANCE** selon la situation et **ne pourra dépasser 30 heures par Évènement réparties sur 2 jours consécutifs suivant le début d'Hospitalisation et d'Immobilisation ;**
- **OU** le transfert des enfants, chez un proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, en mettant à leur disposition **un Titre de transport ;**
- **OU** la venue d'un proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, jusqu'au Domicile, en mettant à sa disposition **un Titre de transport ;**
- **OU** l'accompagnement des enfants à l'école, à la crèche ou chez la nourrice, **dans la limite de 5 aller-retour par Évènement pour l'ensemble des enfants et dans un rayon de 25 km maximum du Domicile de l'Adhérent.**

9. PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'IMMOBILISATION SUPÉRIEURE À 14 JOURS DE L'ENFANT ÂGÉ DE MOINS DE 16 ANS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

9.1. ÉCOLE À DOMICILE

FILASSISTANCE organise et prend en charge à compter du 1er jour d'Immobilisation de l'enfant de l'Adhérent ou de son Conjoint, le soutien pédagogique de leur enfant du cours primaire au secondaire dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), au Domicile de l'Adhérent ou au Domicile d'un proche résidant dans la même Zone de résidence de l'Adhérent (si l'enfant doit être transféré chez un proche éloigné géographiquement de son école), du lundi au vendredi, à raison de 10 heures maximum par semaine dans la limite 4 semaines maximum par Évènement, hors vacances scolaires et jours fériés.

Cette prestation s'applique pendant la période d'Immobilisation et est subordonnée à l'existence d'un ou plusieurs répétiteurs dans un rayon de 25 km du Domicile de l'Adhérent.

En tout état de cause, cette prestation cesse le dernier jour de l'année scolaire tel que défini par le Ministère de l'Éducation Nationale.

Cette prestation ne s'applique pas pour les cas de phobie scolaire ou d'affection de longue durée.

Un certificat médical devra être adressé à l'équipe médicale de **FILASSISTANCE** avant la mise en œuvre de la prestation garantie, indiquant la nature de la Maladie ou de l'Accident et précisant que l'enfant, ne peut compte tenu de cette Maladie/Accident, se rendre dans son établissement scolaire et la durée de son Immobilisation.

10. PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE À 2 JOURS OU D'IMMOBILISATION SUPÉRIEURE À 5 JOURS DE LA NOURRICE

10.1. GARDE DES ENFANTS ÂGÉS DE MOINS DE 16 ANS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Si personne ne peut s'occuper des enfants âgés de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint restés au Domicile et qu'ils ne peuvent pas rester seuls, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge leur garde à Domicile dans la limite de 30 heures maximum par Évènement.

Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par FILASSISTANCE selon la situation.

11. PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'AGRESSION DE L'ADHÉRENT LORS DE L'EXERCICE DE SA PROFESSION

11.1.1. ACCOMPAGNEMENT À L'ÉCOLE, À LA CRÈCHE OU CHEZ LA NOURRICE DES ENFANTS ÂGÉS DE MOINS DE 16 ANS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Si personne ne peut assurer l'accompagnement des enfants âgés de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge leur retour à Domicile depuis l'école, la crèche ou le domicile de la nourrice. **FILASSISTANCE** prend en charge 5 aller-retour maximum par Évènement pour l'ensemble des enfants et dans un rayon de 25 km maximum du Domicile de l'Adhérent.

11.1.2. GARDE OU TRANSFERT DES ENFANTS ÂGÉS DE MOINS DE 16 ANS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Si personne ne peut s'occuper des enfants âgés de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint restés au Domicile, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge l'une des prestations ci-dessous, choisie par l'Adhérent ou par son Conjoint:

- La garde à Domicile: le nombre d'heures de garde attribué est évalué par **FILASSISTANCE** selon la situation et **ne pourra dépasser 10 heures par jour dans la limite de 2 jours par Évènement**;
- OU le transfert des enfants, chez un proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, en mettant à leur disposition **un Titre de transport**;
- OU la venue d'un proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, jusqu'au Domicile, en mettant à sa disposition **un Titre de transport**.

11.1.3. ÉCOUTE ET AIDE À LA RECHERCHE DE PROFESSIONNELS ASSURANT LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

FILASSISTANCE met en relation l'Adhérent avec sa plate-forme d'écoute médico-psycho-sociale composée de chargés d'assistance spécialisés, de psychologues cliniciens, de médecins, d'assistantes sociales, destinée à lui assurer une écoute adaptée et/ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

FILASSISTANCE prend en charge 5 entretiens téléphoniques maximum par année civile.

11.1. ACCOMPAGNEMENT AUX DÉPLACEMENTS

Si l'état de santé de l'Adhérent le permet, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge son accompagnement aux déplacements **dans la limite 4 aller/retour avec un maximum de 250 € TTC par Évènement**.
Cette prestation doit être mise en œuvre dans les 30 jours suivant l'Évènement.

11.1.1. GARDE OU TRANSFERT DES ASCENDANTS DÉPENDANTS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Si personne ne peut s'occuper des ascendants dépendants de l'Adhérent ou de son Conjoint, vivant habituellement au Domicile et restés seuls, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge **l'une** des prestations ci-dessous, choisie par l'Adhérent ou par son Conjoint :

- La garde à Domicile : le nombre d'heures de garde attribué est évalué par **FILASSISTANCE** selon la situation et **ne pourra dépasser 30 heures par Évènement réparties sur les 30 jours suivant l'Évènement** ;
- OU le transfert des ascendants, chez un proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, en mettant à leur disposition **un Titre de transport** ;
- OU la venue d'un proche dans la Zone de résidence de l'Adhérent, jusqu'au Domicile, en mettant à sa disposition **un Titre de transport**.

C.2 ASSISTANCE MATERNITÉ ET/OU GROSSESSE PATHOLOGIQUE

Les garanties ci-dessous s'appliquent en cas de :

- Immobilisation **supérieure à 15 jours** de l'Adhérent ou de son Conjoint pour une grossesse pathologique avec alitement
- Hospitalisation de l'Adhérent ou de son Conjoint **supérieure à 5 jours** suite à un accouchement
- Naissance d'un enfant prématuré (**entre le début de la 25^e semaine d'aménorrhée jusqu'à la 32^e semaine d'aménorrhée révolue**)
- Naissance multiple

1. AIDE À DOMICILE

FILASSISTANCE met à disposition de l'Adhérent ou de son Conjoint une Aide à domicile exerçant dans sa Zone de résidence, afin de le soulager dans ses tâches ménagères.

FILASSISTANCE prend en charge la rémunération de l'Aide à domicile, dans les conditions ci-dessous :

- Avant la mise en œuvre de la prestation, un certificat médical devra être adressé à **FILASSISTANCE** **sous pli confidentiel** à l'attention du médecin régulateur de **FILASSISTANCE**.
- **La durée de mise en œuvre de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'Adhérent/de son Conjoint, par le service médical de FILASSISTANCE.**

FILASSISTANCE prend en charge la rémunération du prestataire à hauteur de **30 heures maximum réparties sur les 30 jours suivant l'Évènement**.

2. GARDE OU TRANSFERT DES ENFANTS ÂGÉS DE MOINS DE 16 ANS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Si personne ne peut s'occuper des enfants âgés de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint restés au Domicile, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge **l'une** des prestations ci-dessous, choisie par l'Adhérent ou par son Conjoint :

- La garde à Domicile : le nombre d'heures de garde attribué est évalué par **FILASSISTANCE** selon la situation et **ne pourra dépasser 30 heures réparties sur les 30 jours suivant l'Évènement** ; OU le transfert des enfants, chez un proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, en mettant à leur disposition **un Titre de transport** ;
- OU la venue d'un proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, jusqu'au Domicile, en mettant à sa disposition **un Titre de transport** ;
- OU l'accompagnement des enfants à l'école, à la crèche ou chez la nourrice, **dans la limite de 5 aller-retour par Évènement pour l'ensemble des enfants et dans un rayon de 25 km maximum du Domicile de l'Adhérent.**

3. ACQUISITION DES GESTES 1^{ER} ENFANT

FILASSISTANCE organise et prend en charge l'envoi d'un technicien d'intervention sociale et familiale (TISF) à son domicile pour faciliter l'acquisition des gestes liés à la maternité.

Le nombre d'heures attribué est évalué par FILASSISTANCE selon la situation et ne pourra dépasser 4 heures par Évènement réparties sur les 10 jours suivant le retour au Domicile de l'Adhérent ou de son Conjoint.

C.3 ASSISTANCE COMPLÉMENTAIRE POUR LES PATHOLOGIES LOURDES

Les garanties ci-dessous s'appliquent en cas de :

- Hospitalisation **suite** à une **Pathologie lourde supérieure à 5 jours** du Bénéficiaire
- Traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie du Bénéficiaire,
- Aggravation d'une Pathologie lourde ou nécessitant un des traitements ci-dessus et entraînant une Hospitalisation **supérieure à 10 jours** du Bénéficiaire

1. ENVELOPPE DE SERVICES

FILASSISTANCE met à disposition du Bénéficiaire une enveloppe de services **limitée à 50 unités de consommation à utiliser sur une période maximale de 12 mois.**

Une seule enveloppe de services est accordée sur une même période de 12 mois.

Ces unités peuvent être demandées au fur et à mesure des besoins.

Le nombre d'unité ne pourra être modifié dès lors que l'accord au Bénéficiaire aura été donné pour la mise en œuvre d'une ou plusieurs garanties et que celles-ci auront débuté.

Enveloppe de services pour le Bénéficiaire

Le décompte en unité correspond aux garanties suivantes :

	Enveloppe Adulte Malade	
	UNITÉ DE MESURE	VALEUR UNITAIRE
Aide à domicile	1 heure	1 unité
Présence d'un proche	1 Titre de transport + hébergement*	10 unités
Transport aux RDV médicaux	1 Titre de transport	4 unités
Livraison de médicaments	1 livraison	2 unités
Portage de repas	1 livraison	1 unité
Coiffure à domicile	1 déplacement	1 unité
Esthéticienne	1 déplacement	1 unité
Entretien jardin	1 heure	1 unité
Garde d'enfant	1 heure	2 unités
Conduite à l'école	1 Titre de transport par jour	4 unités
Conduite aux activités extrascolaires	1 Titre de transport par jour	4 unités

* Dans la limite de 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 50 € TTC par nuit.

2. TÉLÉASSISTANCE

FILASSISTANCE met à disposition de l'Adhérent ou de son Conjoint, un service de téléassistance avec un appareil qui permet de garder contact privilégié avec l'extérieur, d'accéder à des services de proximité et à la fonction de téléassistance.

D'un simple geste, il peut alerter la centrale de réception qui identifie l'appel même si l'utilisateur ne peut pas parler.

Les prestations liées à la mise en place du centre de réception d'appels sont les suivantes :

- Gestion de la « fiche médicale » de l'abonné.
- Écoute 24 heures sur 24 par les équipes d'assistance.

- Présence 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 d'une équipe spécialisée dans le centre d'appels de **FILASSISTANCE**.
- Dialogue, si nécessaire, avec l'équipe médicale de **FILASSISTANCE**.
- Mise en relation, si nécessaire, avec les structures d'urgence (**sans prise en charge**).

Les frais de mise en service de l'appareil ainsi que les 3 premiers mois d'abonnement sont pris en charge par FILASSISTANCE.

3. BILAN SITUATIONNEL PAR UN ERGOTHÉRAPEUTE

FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute au Domicile de l'Adhérent.

Cette prestation prend en compte l'évaluation de l'Adhérent ou de son Conjoint dans son lieu de vie (bilan de la personne, bilan matériel de l'environnement de vie).

Cette évaluation est complétée par un rapport (croquis des aménagements et règles d'accessibilité) préconisant des solutions d'aménagement du Domicile et sera remis à l'Adhérent/son Conjoint.

C.4 ASSISTANCE AIDE AUX AIDANTS

Les garanties ci-dessous sont applicables dans les 12 mois suivant la survenance ou l'aggravation de la perte d'autonomie de l'Aidé.

1. BILAN SOCIAL

Sur demande de l'Assuré aidant, **FILASSISTANCE organise et prend en charge un bilan social**, réalisé par un Travailleur Social.

Celui-ci évalue les besoins d'aide et d'accompagnement de l'Aidé en prenant en compte sa ou ses problématiques.

Il identifie avec l'Assuré Aidant les solutions les plus adaptées à la situation :

- Choix du lieu de vie,
- Recherche des aides financières possibles,
- Identification des ressources locales (accueil de jours, associations...),
- Mise en place de l'organisation la plus pertinente,
- Identification des priorités et envoi d'une synthèse à l'aidant, avec des préconisations personnalisées sur sa situation.

2. BILAN SITUATIONNEL PAR UN ERGOTHÉRAPEUTE AU DOMICILE

FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute au domicile de l'Aidé.

Cette prestation prend en compte l'évaluation de l'Aidé dans son lieu de vie (bilan de la personne, bilan matériel de l'environnement de vie).

Cette évaluation est complétée par un rapport (croquis des aménagements et règles d'accessibilité) préconisant des solutions d'aménagement du domicile et qui sera remis à l'Assuré aidant ou à l'Aidé.

C.5 ASSISTANCE OBSÈQUES

Les garanties « Rapatriement de corps », « Déplacement d'un proche sur le lieu de décès », « Retour des accompagnateurs » sont applicables en France et à l'Étranger pour tout séjour à plus de 50 km du Domicile et dont la durée est inférieure à 90 jours consécutifs. Les autres garanties ci-dessous ne s'appliquent qu'en France.

1. RAPATRIEMENT DE CORPS

En cas de décès d'un Bénéficiaire, **FILASSISTANCE organise et prend en charge le transport du corps.**

Celui-ci s'effectue au lieu d'inhumation ou de crémation choisi en France, situé dans la zone de résidence du Bénéficiaire.

La prise en charge inclut **les frais de préparation du défunt, les formalités, les aménagements spécifiques au transport, ainsi qu'un cercueil conforme à la législation et de qualité courante si la mise en bière est intervenue préalablement au transport en vertu d'une obligation réglementaire, ou la prise en charge du rapatriement de l'urne funéraire si la crémation a lieu sur le lieu de décès.**

Les autres frais, notamment les frais de cérémonie, d'inhumation ou d'incinération restent à la charge de la famille du défunt.

2. DÉPLACEMENT D'UN PROCHE SUR LE LIEU DU DÉCÈS

Si la présence d'un proche sur les lieux du décès s'avère indispensable pour effectuer la reconnaissance du corps, ou les formalités de rapatriement ou d'incinération du Bénéficiaire décédé, **FILASSISTANCE organise et prend en charge le transport d'un proche habitant dans la même Zone de résidence que celle du Bénéficiaire, en mettant à sa disposition un Titre de transport.**

FILASSISTANCE prend également en charge l'hébergement du proche sur place pendant 2 nuits maximum (petit déjeuner inclus) dans la limite 50 € TTC par nuit.

3. RETOUR DES ACCOMPAGNATEURS

FILASSISTANCE organise et prend en charge le transport des autres Bénéficiaires par le moyen le plus approprié, dès lors que ceux-ci ne peuvent utiliser les moyens prévus pour leur retour au Domicile.

4. AIDE À LA RECHERCHE D'UN PRESTATAIRE FUNÉRAIRE

Sur demande, **FILASSISTANCE** communique aux proches du Bénéficiaire défunt, les coordonnées d'entreprises de pompes funèbres en France pour les aider à organiser les obsèques.

Les frais engagés restent à la charge des proches du Bénéficiaire défunt.

5. AIDE À DOMICILE

Suite au décès d'un Bénéficiaire, **FILASSISTANCE** met à disposition des autres Bénéficiaire une Aide à domicile exerçant dans sa Zone de résidence, afin de le soulager dans ses tâches ménagères.

Avant la mise en œuvre de la prestation, un acte de décès devra être adressé à **FILASSISTANCE**.

La durée de mise en œuvre de cette garantie est déterminée en fonction de la situation de famille des Bénéficiaires, par le service médical de FILASSISTANCE.

FILASSISTANCE prend en charge la rémunération du prestataire à hauteur 30 heures maximum par Évènement réparties sur les 30 jours ouvrés suivant le décès du Bénéficiaire.

6. GARDE OU TRANSFERT DES ENFANTS ÂGÉS DE MOINS DE 16 ANS OU HANDICAPÉS (SANS LIMITE D'ÂGE) DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Si personne ne peut s'occuper des enfants âgés de moins de 16 ans ou handicapés de l'Adhérent ou de son Conjoint restés au Domicile, **FILASSISTANCE organise et prend en charge l'une des prestations ci-dessous, choisie par l'Adhérent ou par son Conjoint :**

- La garde à Domicile : le nombre d'heures de garde attribué est évalué par **FILASSISTANCE** selon la situation et **ne pourra dépasser 30 heures par Évènement réparties sur les 30 jours suivant l'Évènement ;**
- OU le transfert des enfants, chez un proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, en mettant à leur disposition **un Titre de transport ;**
- OU la venue d'un proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, jusqu'au Domicile, en mettant à sa disposition **un Titre de transport.**

7. ACCOMPAGNEMENT DES ENFANTS ÂGÉS DE MOINS DE 16 ANS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT À L'ÉCOLE

Si personne ne peut assurer l'accompagnement des enfants âgés de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint, **FILASSISTANCE organise et prend en charge leur conduite à l'école.**

La prise en charge est limitée à 5 aller-retour par semaine par enfant, sur une période de 30 jours suivant l'Évènement.

La distance entre le Domicile de l'Adhérent et l'école est limitée à 25 km.

8. GARDE OU TRANSFERT DES ASCENDANTS DÉPENDANTS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Si personne ne peut s'occuper des ascendants dépendants de l'Adhérent ou de son Conjoint, vivant habituellement au Domicile et restés seuls, **FILASSISTANCE organise et prend en charge l'une des prestations ci-dessous, choisie par l'Adhérent ou par son Conjoint :**

- La garde à Domicile: le nombre d'heures de garde attribué est évalué par **FILASSISTANCE** selon la situation et **ne pourra dépasser 30 heures par Évènement réparties sur 30 jours suivant l'Évènement ;**
- OU le transfert des ascendants, chez un proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, en mettant à leur disposition **un Titre de transport ;**
- OU la venue d'un proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, jusqu'au Domicile, en mettant à sa disposition **un Titre de transport.**

9. PRISE EN CHARGE DES ANIMAUX DE COMPAGNIE

FILASSISTANCE organise et prend en charge (hors frais de toilettage et de soins vétérinaires) la garde à l'extérieur ou l'entretien à Domicile des Animaux de compagnie tels que définis ci-dessus.

La prise en charge de la garde de ces animaux ne peut excéder une période de 30 jours maximum par Évènement.

C.6 ASSISTANCE VOYAGE ET DÉPLACEMENTS

Les garanties d'assistance ci-dessous s'appliquent en cas d'Accident, de Maladie soudaine survenus lors d'un déplacement non professionnel à plus de 50 km du Domicile et dont la durée est inférieure à 90 jours consécutifs (à l'exception de la garantie « FRAIS MÉDICAUX DENTAIRES ET D'HOSPITALISATION À L'ÉTRANGER » qui ne s'applique qu'à l'Étranger).

1. RAPATRIEMENT MÉDICAL

Lorsque les médecins de **FILASSISTANCE**, après avis des médecins consultés localement et, si nécessaire, du médecin traitant, et en cas de nécessité médicalement établie, décident du rapatriement et en déterminent les moyens (ambulance, train, avion de ligne, avion sanitaire ou tout autre moyen approprié).

Les choix concernant les modalités de cette assistance médicale relèvent en tout état de cause de l'appréciation souveraine du médecin de FILASSISTANCE.

FILASSISTANCE organise le retour du Bénéficiaire à son Domicile ou dans un hôpital, adapté proche de son domicile et prend en charge le coût de ce transport.

FILASSISTANCE ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.

Si le moyen de retour prévu initialement ne peut être utilisé, **FILASSISTANCE organise et prend en charge le retour des autres Bénéficiaires à leur domicile.**

Lorsque le rapatriement concerne un **enfant âgé de moins de 16 ans non accompagné**, **FILASSISTANCE organise et prend en charge systématiquement un Titre de transport** pour un proche habitant dans la même Zone de résidence du Bénéficiaire, afin qu'il accompagne cet enfant dans son déplacement.

Lorsque le voyage d'un proche est impossible, **FILASSISTANCE** fait accompagner cet enfant par une personne habilitée.

2. VENUE SUR PLACE D'UN ACCOMPAGNANT

Lorsque le Bénéficiaire blessé, non transportable, doit rester hospitalisé **sur place pour une durée supérieure à 10 jours**, FILASSISTANCE organise et prend en charge le transport d'un proche habitant dans la même Zone de résidence que celle du Bénéficiaire, **en mettant à sa disposition un Titre de transport**.

FILASSISTANCE prend également en charge l'hébergement du proche sur place pendant 10 nuits maximum (petit déjeuner inclus) dans la limite 50 € TTC par nuit.

3. FRAIS MÉDICAUX DENTAIRES ET D'HOSPITALISATION À L'ÉTRANGER

Attention: pour les sinistres survenus dans un état de l'Union Européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège et en Suisse, la mise en œuvre de cette garantie est subordonnée à la détention par le Bénéficiaire de la Carte Européenne d'Assurance Maladie (ce document est délivré, sur demande de l'assuré social, par la Caisse primaire d'assurance maladie). Il appartient donc au Bénéficiaire de procéder, avant son départ en voyage, à l'ensemble des démarches nécessaires en vue d'obtenir cette carte.

FILASSISTANCE, en complément des prestations dues par les organismes sociaux français, la mutuelle ou tout autre organisme de prévoyance individuelle ou collective dont bénéficie le Bénéficiaire, prend en charge, **déduction faite d'une franchise de 30 €**, les frais médicaux et d'Hospitalisation engagés sur place à concurrence de 50000 € TTC par Bénéficiaire, **sous réserve que celui-ci ait la qualité d'assuré auprès d'un organisme d'assurance maladie**.

Ce plafond est ramené à 150 € TTC pour les soins dentaires d'urgence.

Les soins faisant l'objet de cette prise en charge devront avoir été prescrits en accord avec les médecins de FILASSISTANCE et seront **limités à la période pendant laquelle ils jugeront le Bénéficiaire intransportable**.

Dans l'attente des remboursements par les organismes sociaux, ces frais médicaux, dentaires et d'Hospitalisation font l'objet d'une avance **dans la limite de 50000 € TTC pour les frais médicaux et d'Hospitalisation et dans la limite de 150 € TTC pour les soins dentaires d'urgence**.

Le Bénéficiaire s'engage à effectuer, **dès son retour en France, toute démarche nécessaire au recouvrement de ces frais auprès des organismes concernés, et à transmettre à FILASSISTANCE les décomptes originaux justifiant les remboursements obtenus des organismes sociaux**.

La garantie cesse automatiquement à la date où FILASSISTANCE procède au rapatriement du Bénéficiaire.

Le Bénéficiaire doit joindre sous pli confidentiel à l'attention du Directeur Médical de FILASSISTANCE, le certificat médical initial précisant la nature de l'Accident ou de la Maladie et tout autre certificat demandé par FILASSISTANCE. À défaut, FILASSISTANCE ne pourra pas procéder au remboursement.

▪ Exclusions spécifiques à pris en charge complémentaire des frais médicaux

Les exclusions communes à toutes les garanties du présent contrat et les exclusions spécifiques à l'assistance médicale sont applicables.

En outre ne pourront donner lieu ni à avance, ni à remboursement, ni à prise en charge, les frais:

- de vaccination;
- de prothèse, d'appareillage, de lunettes et de verres de contact;
- de traitements et d'interventions chirurgicales de caractère esthétique non consécutifs à un Accident;
- de cures, séjours en maison de repos et de rééducation.

4. FRAIS DE SECOURS EN MONTAGNE

En cas d'Accident lié à la pratique du ski alpin ou de fond, **dans le domaine skiable autorisé et hors compétition sportive**, FILASSISTANCE prend en charge les frais de secours appropriés du lieu de l'Accident jusqu'à la structure médicale adaptée, à l'exception des frais de recherche, dans la limite de 160 € TTC par Évènement.

À l'Étranger, FILASSISTANCE prend en charge les frais de secours en montagne, qu'ils soient liés ou non à la pratique du ski, à l'exception des frais de recherche, dans la limite de 160 € TTC par Évènement.

D TABLEAU SYNOPTIQUE DES PRESTATIONS GARANTIES

PRESTATIONS ACCESSIBLES DES L'ADHÉSION	
Informations juridiques	Informations téléphoniques.
Écoute psychologique et aide à la recherche de professionnels assurant la prise en charge psychologique	5 entretiens téléphoniques par année civile. Prise en charge de 3 entretiens face à face par année civile.
Conseil social	5 entretiens téléphoniques sur 12 mois consécutifs.
Services à la carte	Mise en relation.
Nutrition prévention santé	1 entretien téléphonique par année civile.
Coaching forme	5 entretiens téléphoniques par année civile.
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION EN AMBULATOIRE SUIVIE D'UNE IMMOBILISATION SUPÉRIEURE À 3 JOURS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT	
Aide à domicile	10 heures maximum réparties sur les 5 jours suivant le début de l'Immobilisation de l'Adhérent ou de son Conjoint.
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE À 2 JOURS OU D'IMMOBILISATION AU DOMICILE SUPÉRIEURE À 5 JOURS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT	
Aide à domicile	30 heures maximum réparties sur les 30 jours suivant le début ou la fin de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation de l'Adhérent ou de son Conjoint.
Accompagnement au travail	5 aller-retour maximum par Évènement.
Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint ▪ Garde au Domicile ▪ <u>OU</u> Transfert des enfants chez un proche ▪ <u>OU</u> Venue d'un proche au Domicile de l'Adhérent	10 heures maximum par jour dans la limite de 2 jours maximum par Évènement. 1 Titre de transport aller-retour. 1 Titre de transport aller-retour.
Accompagnement des enfants âgés de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint à l'école, à la crèche ou au domicile de la nourrice	5 aller-retour maximum par semaine/par enfant sur une période de 4 semaines maximum par Évènement.
Accompagnement des enfants âgés de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint aux activités extrascolaires	1 aller-retour maximum par semaine/par enfant sur une période de 4 semaines maximum par Évènement.
Aide aux devoirs	2 heures maximum par semaine/par enfant dans la limite de 4 semaines par Évènement.
Garde ou transfert des ascendants dépendants de l'Adhérent ou de son Conjoint ▪ Garde au Domicile ▪ <u>OU</u> Transfert chez un proche ▪ <u>OU</u> Venue d'un proche au Domicile de l'Adhérent	30 heures maximum réparties sur les 30 jours suivant le début de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation de l'Adhérent ou de son Conjoint. 1 Titre de transport aller-retour. 1 Titre de transport aller-retour.
Présence d'un proche au chevet	1 Titre de transport aller-retour. Séjour à l'hôtel pendant 2 nuits maximum dans la limite de 50 € TTC par nuit (petit-déjeuner inclus).
Prise en charge des Animaux de compagnie	Garde à Domicile ou promenade pendant 15 jours maximum par Évènement.

PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS EN CAS D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE À 2 JOURS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Transfert post-hospitalisation chez un proche

200 € TTC maximum par Évènement.

Mise en œuvre de la prestation **dans les 5 jours suivant la date de sortie de l'Adhérent ou de son Conjoint de l'hôpital.**

PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS EN CAS D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE À 14 JOURS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Préparation du retour au Domicile

4 heures maximum par Évènement.

PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE SUPÉRIEURE À 2 JOURS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Fermeture du Domicile

2 heures maximum par Évènement.

PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS EN CAS D'IMMOBILISATION SUPÉRIEURE À 5 JOURS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Transport aux rendez-vous médicaux

2 aller-retour maximum par Évènement.

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS EN CAS D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE À 2 JOURS OU EN CAS D'IMMOBILISATION SUPÉRIEURE À 5 JOURS DE L'ENFANT ÂGÉ DE MOINS DE 16 ANS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Aide à domicile

5 heures maximum par Évènement.

Garde ou transfert des autres enfants âgés de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint

- Garde au Domicile
- OU Transfert des enfants chez un proche
- OU Venue d'un proche au Domicile de l'Adhérent
- OU Accompagnement des enfants à l'école, à la crèche ou chez la nourrice

30 heures maximum par Évènement réparties sur 2 jours consécutifs suivant le début d'Hospitalisation et d'Immobilisation.

1 Titre de transport aller-retour.

1 Titre de transport aller-retour.

5 aller-retour par Évènement pour l'ensemble des enfants **dans un rayon de 25 km** du Domicile de l'Adhérent.

PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'IMMOBILISATION SUPÉRIEURE À 14 JOURS DE L'ENFANT ÂGÉ DE MOINS DE 16 ANS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

École à Domicile

10 heures maximum par semaine dans la limite de 4 semaines par Évènement.

PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE À 2 JOURS OU D'IMMOBILISATION SUPÉRIEURE À 5 JOURS DE LA NOURRICE

Garde des enfants âgés de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint

- Garde au Domicile

30 heures maximum par Évènement.

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'AGRESSION DE L'ADHÉRENT LORS DE L'EXERCICE DE SA PROFESSION

Accompagnement à l'école, à la crèche ou chez la nourrice des enfants âgés de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint	5 aller-retour maximum par Évènement.
Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint ▪ Garde au Domicile ▪ <u>OU</u> Transfert des enfants chez un proche ▪ <u>OU</u> Venue d'un proche au Domicile de l'Adhérent	10 heures maximum par jour dans la limite de 2 jours par Évènement. 1 Titre de transport aller-retour. 1 Titre de transport aller-retour.
Écoute psychologique et aide à la recherche de professionnels assurant la prise en charge psychologique	5 entretiens téléphoniques maximum par année civile.
Accompagnement aux déplacements	250 € TTC par Évènement.
Garde ou transfert des ascendants dépendants de l'Adhérent ou de son Conjoint ▪ Garde au Domicile ▪ <u>OU</u> Transfert chez un proche ▪ <u>OU</u> Venue d'un proche au Domicile de l'Adhérent	30 heures maximum réparties sur les 30 jours suivant l'Évènement. 1 Titre de transport aller-retour. 1 Titre de transport aller-retour.

ASSISTANCE MATERNITÉ ET/OU GROSSESSE PATHOLOGIQUE

Les garanties ci-dessous s'appliquent en cas de :

- Immobilisation **supérieure à 15 jours** de l'Adhérent ou de son Conjoint pour une grossesse pathologique avec alitement,
- Hospitalisation de l'Adhérent ou de son Conjoint **supérieure à 5 jours** suite à un accouchement,
- Naissance d'un enfant prématuré (**entre le début de la 25^e semaine d'aménorrhée jusqu'à la 32^e semaine d'aménorrhée révolue**),
- Naissance multiple.

Aide à domicile	30 heures maximum réparties sur les 30 jours suivant l'Évènement.
Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint ▪ Garde au Domicile ▪ <u>OU</u> Transfert des enfants chez un proche ▪ <u>OU</u> Venue d'un proche au Domicile de l'Adhérent ▪ <u>OU</u> Accompagnement des enfants à l'école, à la crèche ou chez la nourrice	30 heures maximum réparties sur les 30 jours suivant l'Évènement. 1 Titre de transport aller-retour. 1 Titre de transport aller-retour. 5 aller-retour maximum par Évènement pour l'ensemble des enfants dans un rayon de 25 km du Domicile de l'Adhérent.
Acquisition des gestes du 1 ^{er} enfant	4 heures maximum par Évènement réparties sur les 10 jours suivant le retour au Domicile de l'Adhérent ou de son Conjoint.

ASSISTANCE COMPLÉMENTAIRE POUR LES PATHOLOGIES LOURDES

Les garanties ci-dessous s'appliquent en cas de :

- Hospitalisation suite à une Pathologie lourde supérieure à 5 jours du Bénéficiaire,
- Traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie du Bénéficiaire,
- Aggravation d'une Pathologie lourde ou nécessitant un des traitements ci-dessus et entraînant une Hospitalisation supérieure à 10 jours du Bénéficiaire.

		Unité de mesure	Valeur unitaire
Enveloppe de services de 50 unités par Bénéficiaire sur une période de 12 mois à compter de la date d'appel	Aide à domicile	1 heure	1 unité
	Présence d'un proche	1 Titre de transport + hébergement*	10 unités
	Transport aux RDV médicaux	1 Titre de transport	4 unités
	Livraison de médicaments	1 livraison	2 unités
	Portage de repas	1 livraison	1 unité
		Unité de mesure	Valeur unitaire
	Coiffure à domicile	1 déplacement	1 unité
	Esthéticienne	1 déplacement	1 unité
	Entretien jardin	1 heure	1 unité
	Garde d'enfant	1 heure	2 unités
	Conduite à l'école	1 Titre de transport par jour	4 unités
	Conduite aux activités extrascolaires	1 Titre de transport par jour	4 unités

* Dans la limite de 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 50 € TTC par nuit.

Téléassistance	Frais de mise en service et 3 mois d'abonnement.
Bilan situationnel par un ergothérapeute	Prise en charge de la venue d'un ergothérapeute.

ASSISTANCE AIDE AUX AIDANTS

Bilan social	Prise en charge des frais d'un bilan social.
Bilan situationnel par un ergothérapeute	Prise en charge de la venue d'un ergothérapeute.

ASSISTANCE OBSÈQUES

Les garanties « Rapatriement de corps », « Déplacement d'un proche sur le lieu de décès », « Retour des accompagnateurs » sont applicables en France et à l'Étranger pour tout séjour à plus de 50 km du Domicile et dont la durée est inférieure à 90 jours consécutifs. Les autres garanties ci-dessous ne s'appliquent qu'en France.

Rapatriement du corps	Frais réels.
Déplacement d'un proche sur le lieu du décès	1 Titre de transport aller-retour. Séjour à l'hôtel pendant 2 nuits maximum dans la limite de 50 € TTC par nuit (petit-déjeuner inclus).
Retour des accompagnateurs	1 Titre de transport aller-retour.
Aide à la recherche d'un prestataire funéraire	Mise en relation.
Aide à domicile	30 heures maximum réparties sur les 30 jours suivant le décès.
Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans ou handicapés (sans limite d'âge) de l'Adhérent ou de son Conjoint ▪ Garde au Domicile ▪ <u>OU</u> Transfert des enfants chez un proche ▪ <u>OU</u> Venue d'un proche au Domicile de l'Adhérent	30 heures maximum réparties sur les 30 jours suivant l'Évènement. 1 Titre de transport aller-retour. 1 Titre de transport aller-retour.
Accompagnement des enfants âgés de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint à l'école	5 aller-retour maximum sur les 30 jours suivant l'Évènement.
Garde ou transfert des ascendants dépendants de l'Adhérent ou de son Conjoint ▪ Garde au Domicile ▪ <u>OU</u> Transfert chez un proche ▪ <u>OU</u> Venue d'un proche au Domicile de l'Adhérent	30 heures maximum réparties sur les 30 jours suivant l'Évènement. 1 Titre de transport aller-retour. 1 Titre de transport aller-retour.
Prise en charge des Animaux de compagnie	Garde à Domicile ou à l'extérieur pendant 30 jours maximum par Évènement.

ASSISTANCE VOYAGE ET DÉPLACEMENTS

Les garanties d'assistance ci-dessous s'appliquent en cas d'Accident, de Maladie soudaine survenus lors d'un déplacement non professionnel à plus de 50 km du Domicile et dont la durée est inférieure à 90 jours consécutifs.

Rapatriement médical	Frais réels. 1 Titre de transport aller-retour pour un accompagnant (si le Bénéficiaire est âgé de moins de 16 ans non accompagné). Titre(s) de transport pour les autres Bénéficiaires (s'ils ne peuvent utiliser le moyen de retour initialement prévu).
Venue sur place d'un accompagnant (en cas d'Hospitalisation supérieure à 10 jours du Bénéficiaire)	1 Titre de transport aller-retour. Séjour à l'hôtel pendant 10 nuits maximum dans la limite de 50 € TTC par nuit (petit-déjeuner inclus).
Frais médicaux dentaires et d'Hospitalisation à l'Étranger	50000 € TTC par Bénéficiaire sous déduction de 30 € TTC de franchise. 150 € TTC pour les frais dentaires.
Frais de secours de montagne	160 € TTC par Évènement.

E CADRE RÉGLEMENTAIRE DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

1. DÉLIVRANCE DES PRESTATIONS

Sous réserve que le Bénéficiaire soit éligible aux prestations d'assistance, **FILASSISTANCE** délivre et prend en charge lesdites prestations telles que prévues ci-avant.

Dans le cas où un Bénéficiaire serait contraint d'avancer des frais, pour lesquels **FILASSISTANCE** a donné son accord préalable, et afin d'obtenir le remboursement de ces dépenses, le Bénéficiaire ou la personne ayant engagé les frais devra obligatoirement adresser toute pièce justificative originale que **FILASSISTANCE** jugerait utile.

Pour obtenir le remboursement des dépenses ayant reçu l'accord préalable de **FILASSISTANCE**, le Bénéficiaire ou la personne ayant engagé les frais devra obligatoirement adresser toute pièce justificative originale que **FILASSISTANCE** jugerait utile.

Le règlement desdits frais engagés par le Bénéficiaire, interviendra dans un délai de quinze (15) jours ouvrés suivant la réception desdites pièces par **FILASSISTANCE**, sauf contestation notifiée à la personne concernée.

Ce règlement sera versé soit au Bénéficiaire, soit à la personne ayant engagé les frais.

2. SUBROGATION

Conformément à l'article L121-12 du Code des assurances, **FILASSISTANCE** est subrogée dans les droits et actions du Bénéficiaire contre tout responsable du dommage, à concurrence du montant de la prestation servie.

Le Bénéficiaire doit informer **FILASSISTANCE** de l'exercice d'un recours, d'une procédure pénale ou civile, dont il a connaissance, contre l'auteur présumé du dommage dont il a été victime.

3. INFORMATIQUE ET LIBERTES

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, la collecte des données à caractère personnel de l'Adhérent est nécessaire pour la gestion de son contrat d'assistance par **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** et ses prestataires.

Les informations recueillies auprès de l'Adhérent, lors d'une demande d'assistance font l'objet d'un traitement ayant pour finalités : la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assistance ; l'élaboration de statistiques notamment commerciales, d'activité et actuarielles ; l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude ; les opérations relatives à la gestion des clients ; l'amélioration du service au client ; la gestion des avis des personnes sur les produits et services.

Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de **FILASSISTANCE INTERNATIONAL**, de leurs prestataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat.

Les informations personnelles de l'Adhérent pourront éventuellement faire l'objet de transferts vers des prestataires ou des sous-traitants établis dans des pays situés hors de l'Union Européenne pour l'exécution des prestations d'assistance.

Dans le cadre de la gestion du contrat d'assistance, **FILASSISTANCE INTERNATIONAL**, ses prestataires et sous-traitants peuvent être amenés à collecter auprès de l'Adhérent des données de santé. Ces données de santé sont collectées aux fins de mise en œuvre des garanties demandées. Elles pourront être communiquées exclusivement pour cette finalité aux prestataires ou sous-traitants qui s'engagent à veiller au respect de la confidentialité des données qui leur sont transmises compte tenu de leur sensibilité.

Les données de l'Adhérent seront conservées durant toute la vie du contrat, jusqu'au 31 décembre de l'année civile suivant l'expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation.

L'Adhérent dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de ses données personnelles.

Sous certaines conditions réglementaires, l'Adhérent peut faire l'exercice du droit d'opposition ou de limitation du traitement de ses données personnelles, toutefois, toute opposition ou refus pourra empêcher l'exécution des présentes garanties.

L'Adhérent peut exercer ces différents droits en se rendant sur www.FILASSISTANCE.fr ou en contactant directement le service DPD par courrier (**FILASSISTANCE INTERNATIONAL** - Délégué à la Protection des Données, 108 Bureaux de la Colline, 92213 Saint-Cloud Cedex) ou par courriel (cil@filassistance.fr).

L'Adhérent peut également demander la portabilité des données qu'il a transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat.

L'Adhérent pourra adresser ses réclamations touchant à la collecte ou au traitement de ses données à caractère personnel au service du Délégué à la Protection des Données, dont les coordonnées ont été précisées ci-dessus. En cas de désaccord persistant, l'Adhérent a la possibilité de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy, 75007 Paris, <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>, 01 53 73 22 22.

4. RESPONSABILITÉ

FILASSISTANCE s'engage à mobiliser tous les moyens d'action dont elle dispose pour effectuer l'ensemble des prestations d'assistance prévues à la présente Notice. À ce titre, **FILASSISTANCE** est tenue d'une obligation de moyens dans la réalisation des prestations d'assistance garanties et il appartiendra au Bénéficiaire, de prouver la défaillance de **FILASSISTANCE**.

FILASSISTANCE est seule responsable vis-à-vis du Bénéficiaire, du défaut ou de la mauvaise exécution des prestations d'assistance. À ce titre, **FILASSISTANCE** sera responsable des dommages directs, quelle qu'en soit la nature, à l'égard du Bénéficiaire, pouvant survenir de son propre fait ou du fait de ses préposés.

Les dommages directs susvisés s'entendent de ceux qui ont un lien de causalité direct entre une faute de **FILASSISTANCE** et un préjudice du Bénéficiaire.

En tout état de cause, FILASSISTANCE ne sera pas responsable d'un manquement à ses obligations qui sera la conséquence d'une cause étrangère (cas de force majeure tels que définis par la jurisprudence de la Cour de cassation, fait de la victime ou fait d'un tiers).

5. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

FILASSISTANCE est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

6. RÉCLAMATIONS

Toute réclamation portant sur le traitement de la demande d'assistance (délai, qualité, contenu prestation fournie, etc.) devra être formulée dans un premier temps auprès du service qui a traité cette demande par téléphone au numéro suivant : **01 70 36 33 88** qui veillera à répondre dans un délai maximal de dix (10) jours, à compter de la demande.

Si la réponse formulée à sa réclamation ne le satisfait pas, le Bénéficiaire pourra adresser un courrier précisant le motif du désaccord à l'adresse suivante :

FILASSISTANCE – Service Réclamations
108 Bureaux de la Colline
92213 SAINT-CLOUD CEDEX

Cette réclamation pourra également être formulée sur le site internet www.filassistance.fr via le formulaire de contact accessible dans la rubrique « Contactez-nous ».

Une réponse sera alors formulée dans un délai de dix (10) jours à compter de la réception du courrier de réclamation.

Si l'instruction de la réclamation nécessite un examen justifiant un délai supplémentaire, **FILASSISTANCE** enverra un courrier accusant réception de la réclamation et précisant la date probable de réponse. Ce courrier d'accusé de réception sera envoyé dans un délai de dix (10) jours ouvrables qui suivent la réception de la réclamation.

Si aucune solution n'est trouvée à l'issue de l'examen du courrier de réclamation, l'Adhérent ou le Bénéficiaire pourra saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance, en adressant sa demande à l'adresse ci-dessous :

Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

L'Adhérent ou le Bénéficiaire pourra également formuler sa demande sur le site internet de la Médiation de l'Assurance, accessible via le lien suivant www.mediation-assurance.org.

Le Médiateur formulera un avis dans le délai prévu dans la charte de la médiation de l'assurance, à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas aux Parties et laisse la liberté pour l'Adhérent ou le Bénéficiaire, de saisir les tribunaux compétents.

7. PRESCRIPTION

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent Contrat sont prescrites dans les délais et termes du Code des Assurances :

■ Délai de prescription

Article L.114-1 :

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

■ Causes d'interruption de la prescription

Article L.114-2 :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption 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.

■ Caractère d'ordre public de la prescription

Article L.114-3 :

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.

■ Causes ordinaires d'interruption de la prescription :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L.114-2 précité sont celles prévues selon les termes et conditions des articles suivants du Code civil :

■ Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait

Article 2240 du Code civil

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

■ Demande en justice

Article 2241 du Code civil

La demande en justice, même en référé, 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 lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 du Code civil

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

■ Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

Article 2244 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.

▪ Étendue de la prescription quant aux personnes

Article 2245 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 les 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 les héritiers.

Article 2246 du Code civil

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

▪ Saisine du médiateur

Il est également prévu que la prescription de deux (2) ans sera suspendue en cas de médiation ou de conciliation entre les Parties (article 2238 du Code civil).

8. FAUSSE DÉCLARATION

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Adhérent entraîne la nullité de son adhésion conformément aux dispositions de l'article L113-8 du Code des assurances. La garantie cesse alors immédiatement.

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

En revanche, l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité de son adhésion, conformément aux dispositions de l'article L113-9 du Code des assurances.

Si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

9. LOI APPLICABLE ET JURIDICTION COMPÉTENTE

La présente Notice est régie par le droit français.

À défaut d'accord amiable, il sera fait expressément attribution de juridiction près les tribunaux dans le ressort desquels se situe le Domicile du Bénéficiaire.

10. EXCLUSIONS

10.1. EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES D'ASSISTANCE

FILASSISTANCE ne peut se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais consécutifs à leur intervention.

Les prestations qui n'auront pas été utilisées par le Bénéficiaire lors de la durée de la garantie excluent un remboursement à posteriori ou une indemnité compensatoire.

Sont exclues et n'entraînent aucune prestation de la part de FILASSISTANCE les conséquences :

- des frais engagés sans l'accord préalable de FILASSISTANCE ;
- des frais téléphoniques engagés par l'Adhérent ou le Bénéficiaire ;
- du fait intentionnel de l'Adhérent ou d'un Bénéficiaire ;
- de l'insuffisance ou de l'indisponibilité temporaire de prestataires localement ;
- des états résultant 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, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement ;
- de la participation de l'Adhérent ou d'un Bénéficiaire, 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, nautique ou aérien (à moteur ou non) ainsi que la pratique des sports de neige ou de glace à titre non amateur ;
- du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;
- des conséquences d'explosion d'engins et d'effets nucléaires radioactifs ;
- de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de grèves, de pirateries, d'interdictions officielles, de saisies, de terrorisme, d'attentats, d'enlèvements, de séquestrations, de prises d'otages ou contraintes par la force publique, tels que visés à l'article L121-8 alinéa 2 du Code des assurances ;
- de toute restriction à la libre circulation des personnes ;
- des cataclysmes naturels ;
- des épidémies, de tout risque infectieux ou chimique ;
- des dommages causés par des explosifs que le Bénéficiaire ou l'Adhérent peut détenir ;
- de la participation volontaire de l'Adhérent ou d'un Bénéficiaire, à un acte de terrorisme, de sabotage, un crime ou un délit, une rixe, un pari ou un défi ;
- la tentative de suicide ou le suicide de l'Adhérent survenu au cours de la 1^{re} année suivant l'adhésion ;
- d'évènements climatiques tels que tempêtes ou ouragans ;
- les frais liés aux excédents de poids de bagages lors d'un transport par avion, avec les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent pas être transportés par le Bénéficiaire ;
- les frais engagés par le Bénéficiaire pour la délivrance de tout document officiel ;
- les séjours à l'Étranger, de plus de 90 jours consécutifs, les frais de restauration, de taxi ou d'hôtel qui seraient engagés à l'initiative de l'Adhérent ou d'un Bénéficiaire ;
- d'une inobservation volontaire de la réglementation des pays visités ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales.

10.2. EXCLUSIONS MÉDICALES

FILASSISTANCE ne peut intervenir pour les frais médicaux suivants :

- les frais médicaux engagés pour un traitement prescrit en France avant le départ à l'Étranger ou après le retour et nécessitant un contrôle médical régulier, sauf cas d'aggravation imprévisible ;
- les frais médicaux engagés en France, qu'ils soient ou non consécutifs à un accident ou à une maladie survenus à l'Étranger ;
- les frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux ou d'hospitalisation, en France ou à l'Étranger consécutifs à des pathologies préexistantes et aux complications qui peuvent en découler ;
- les frais consécutifs à une tentative de suicide, à l'usage de drogues, stupéfiants, produits médicamenteux ou tranquillisants non ordonnés médicalement ou obtenus frauduleusement (en France ou l'Étranger) ;
- les frais occasionnés ainsi que les états pathologiques faisant suite à une Interruption Volontaire de Grossesse ou une Procréation Médicalement Assistée réalisées à l'Étranger ;
- les frais résultant de la complication d'un état de grossesse ainsi que les frais occasionnés par des états de grossesse au-delà du 6^e mois (en France ou à l'Étranger) ;
- les frais consécutifs à une maladie chronique, à des maladies ou des troubles mentaux y compris les troubles anxieux et anxio-dépressifs, les syndromes dépressifs, les dépressions et autres névroses, les psychoses, et les troubles de la personnalité et du comportement ;
- les transports primaires d'urgence, les frais de recherche et de secours de personne en mer, ou dans le désert (en France ou à l'Étranger) ;
- les frais de rééducation, de kinésithérapie, de chiropraxie (en France ou à l'Étranger) ;
- les voyages entrepris à des fins de diagnostic et/ou de traitement (en France ou à l'Étranger) ;
- les vaccins et les frais correspondants (en France ou à l'Étranger) ;
- les visites médicales de contrôle et les frais y afférents (en France ou à l'Étranger) ;
- toute intervention volontaire pour convenance personnelle (chirurgie esthétique) (en France ou à l'Étranger) ;
- les soins dentaires non urgents, leurs conséquences et frais en découlant (en France ou à l'Étranger) ;
- les cures thermales (en France ou à l'Étranger) ;
- les appareillages médicaux et les prothèses (dentaires, auditives et médicales) (en France ou à l'Étranger) ;
- les frais d'optique (lunettes et verres de contact par exemple) (en France ou à l'Étranger).

	FILASSISTANCE INTERNATIONAL Société Anonyme au capital de 4 100 000 € 433 012 689 RCS NANTERRE. Siège social : 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex. Entreprise régie par le Code des Assurances.
---	---

ANNEXE 6

EXERCICE DU DROIT DE RENONCIATION PRÉVU À L'ARTICLE 1.3

MODÈLE DE LETTRE-TYPE DE RENONCIATION À L'ADHÉSION AU CONTRAT EN CAS D'ADHÉSION À DISTANCE OU HORS ÉTABLISSEMENT.

À **reproduire sur papier libre et à adresser par lettre recommandée avec accusé de réception** au plus tard **dans les quatorze jours suivant la réception du certificat d'adhésion** indiquant la prise d'effet de l'adhésion à la Mutualité Familiale du Corps Médical Français: 34 boulevard de Courcelles – 75809 Paris CEDEX 17.

« Monsieur le Président,

Je soussigné(e),, domicilié(e) à, vous prie de bien vouloir prendre note, qu'usant de la faculté qui m'est conférée par l'article 1.3 de la présente notice, je désire renoncer à l'adhésion n° à la formule de garanties choisie et enregistrée auprès de votre organisme.

Je n'ai connaissance de la survenance d'aucun évènement susceptible de déclencher la mise en œuvre des prestations assurées par le présent règlement ».

(Attention, uniquement en cas d'adhésion à distance et si vous avez expressément demandé l'exécution du contrat à effet de la date prévue au bulletin d'adhésion, préciser au lieu et place de la dernière phrase ci-dessus le paragraphe suivant:).

Ayant expressément demandé l'exécution du contrat à effet de la date prévue au bulletin d'adhésion, je demande le remboursement des primes d'assurance déjà versées dans le délai de 14 jours prévu par la loi et m'engage à vous rembourser le montant des prestations perçues pendant ce même délai.

Fait à, le

(Signature du membre participant)

Mutualité Familiale du Corps Médical Français, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité,
N° SIREN 784 180 044, 34 boulevard de Courcelles, 75809 PARIS Cedex 17.

**Mutuelle substituée par AGMF Prévoyance, Union soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité,
N° SIREN 775 666 340, 34 boulevard de Courcelles, 75809 PARIS Cedex 17.**





MUTUELLE DU MÉDECIN

MUTUALITÉ FAMILIALE
DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

STATUTS

Conforme aux dispositions
du code de la mutualité

Médecins et professionnels de santé

Version mise à jour suite à l'AG annuelle 2018

34 BD DE COURCELLES 75017 PARIS – MUTUELLE N° 784 180 044 FONDÉE EN 1894
MUTUELLE SOUMISE AUX DISPOSITIONS DU LIVRE II DU CODE DE LA MUTUALITÉ

LA MUTUELLE DU MÉDECIN – LA MUTUELLE DU PROFESSIONNEL DE SANTÉ

Mutuelle substituée par AGMF Prévoyance – AGMF Prévoyance est une Union de Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité dont le siège est situé 34, boulevard de Courcelles Paris 17^e, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N°775 666 340.



mutuelle-du-medecin.fr

SOMMAIRE

TITRE I

FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

Articles 1 à 6

CHAPITRE II CONDITIONS D'ADHÉSION DE DÉMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION

SECTION 1 ADHÉSION Articles 7 et 8

SECTION 2 RADIATION, EXCLUSION Articles 9 à 11

TITRE II

ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

SECTION 1 COMPOSITION, ÉLECTION Articles 12 à 14

SECTION 2 RÉUNIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE Articles 15 à 19

SECTION 3 COMPÉTENCES DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE Articles 20 à 21

CHAPITRE II CONSEIL D'ADMINISTRATION

SECTION 1 COMPOSITION, ÉLECTION Articles 22 à 28

SECTION 2 RÉUNIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION Articles 29 et 30

SECTION 3 ATTRIBUTIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION Articles 31 à 34

SECTION 4 STATUT DES ADMINISTRATEURS Articles 35 à 42

CHAPITRE III PRÉSIDENT ET BUREAU

SECTION 1 ÉLECTIONS ET MISSION DU PRÉSIDENT Articles 43 à 45

SECTION 2 ÉLECTIONS, COMPOSITION DU BUREAU Articles 47 à 54

CHAPITRE IV ORGANISATION FINANCIÈRE

SECTION 1 PRODUITS ET CHARGES Articles 54 à 56

SECTION 2 MODE DE PLACEMENT ET DE RETRAIT DES FONDS,
RÈGLES DE SÉCURITÉ FINANCIÈRE Articles 57 à 58

SECTION 3 COMMISSIONS ET COMMISSARIAT AUX COMPTES Article 59 à 60

SECTION 4 FONDS D'ÉTABLISSEMENT Article 61

TITRE III

INFORMATION DES ADHÉRENTS

Articles 62

TITRE IV

DISPOSITIONS DIVERSES

Articles 63 à 64

TITRE I

FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I^{ER}

FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

ARTICLE 1 DÉNOMINATION DE LA MUTUELLE

Il existe une mutuelle dénommée Mutualité Familiale du Corps Médical Français, dont le sigle est MFCMF, qui est une personne morale de droit privé à but non lucratif, régie par le code de la mutualité.

La Mutuelle est soumise aux dispositions du Livre II du code de la mutualité.

La Mutuelle est, notamment, titulaire des marques figuratives suivantes :

- Mutuelle du Médecin
- Mutuelle du Professionnel de Santé

ARTICLE 2 SIÈGE DE LA MUTUELLE

Le siège de la Mutuelle est situé au 34 boulevard de Courcelles Paris 17^e.

ARTICLE 3 OBJET DE LA MUTUELLE

La Mutuelle a pour objet, dans le cadre de contrats individuels ou collectifs :

- 1) de couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents (branche 1) ou à la maladie (branche 2),
- 2) d'assurer, de manière accessoire, dans les conditions prévues par le code de la mutualité, la prévention des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie, ainsi que la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées, dépendantes ou handicapées,
- 3) de présenter, à titre accessoire, des garanties d'assurance dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance, dans les conditions prévues à l'article L 116-1 du Code de la mutualité.
- 4) de négocier et/ou souscrire auprès d'organismes habilités toute convention d'assurance afin de fournir à ses membres participants, à titre obligatoire ou à titre facultatif, dans les conditions prévues par le code de la mutualité, la couverture des risques ou la constitution d'avantages mentionnés à l'article L 111-1 dudit code.
- 5) de proposer à ses membres, en qualité d'intermédiaire, des produits d'épargne retraite. La Mutuelle prend dans ce but toute disposition contractuelle opportune auprès de tout organisme agréé pour ces activités.
- 6) de fournir, directement ou indirectement, à ses membres, des prestations complémentaires à celles proposées par la Mutuelle au visa de l'article 3.1) ci-dessus, notamment dans le domaine des biens et/ou des personnes, en faisant appel en tant que de besoin à tous intermédiaires et/ou courtiers dans ce domaine.
- 7) de recourir à des intermédiaires d'assurance dans les conditions prévues à l'article L. 116-2 du Code de la mutualité.

La Mutuelle peut contracter avec toute mutuelle ou union de mutuelles pratiquant des activités visées au livre III du code de la mutualité afin de pouvoir proposer l'accès aux services organisés et gérés par ces mutuelles à ses propres membres.

La Mutuelle peut participer, intégrer ou créer une ou des unions de groupe mutualiste ou mutualistes de groupe, au visa des articles L 111-4-1 et L 111-4-2 du code de la mutualité, ou une ou des sociétés de groupe d'assurance mutuelle, au visa de l'article L 322-1-3 et des articles R 322-160 et suivants du code des assurances ou encore un groupement paritaire de prévoyance, au visa de l'article L 933-5 du code de la sécurité sociale.

La Mutuelle peut se réassurer contre les risques qu'elle a couverts, dans le respect des dispositions de l'article L 211-4 du code de la mutualité, auprès d'entreprises non régies par ledit code. Elle en informe alors ses membres participants par tout moyen approprié, notamment dans le rapport annuel de gestion ou dans les règlements mutualistes ou les contrats collectifs ou leurs notices.

La Mutuelle met par ailleurs en œuvre toutes actions sociales propres à l'esprit mutualiste, y compris des mesures générales ou spéciales d'entraide, dont, par exemple, des aménagements exceptionnels des délais de carence ou de paiement ou toutes autres actions décidées par ses organes délibérants compétents et définies, le cas échéant, dans ses règlements mutualistes.

ARTICLE 4 RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Un règlement intérieur peut être établi par le Conseil d'Administration pour aménager ou préciser telle ou telle condition d'application des présents statuts, et pour intégrer ou annexer les règles de fonctionnement des Commissions.

Tous les adhérents sont alors tenus de s'y conformer, au même titre qu'aux statuts et aux règlements mutualistes.

Le Conseil d'Administration peut, à tout moment, apporter au règlement intérieur, s'il existe, des modifications, qui s'appliquent immédiatement ou à toute date qu'il déciderait.

ARTICLE 5 RÈGLEMENTS MUTUALISTES – CONTRATS COLLECTIFS

5.1 En application de l'article L. 114-1 § 5 du code de la mutualité, des règlements mutualistes adoptés par le Conseil d'Administration dans le respect des règles générales relatives aux opérations individuelles fixées par l'Assemblée Générale, définissent le contenu et la durée des engagements contractuels existant entre chaque membre participant ou honoraire et la Mutuelle, en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Les règlements mutualistes sont remis à chaque membre participant avant la signature du bulletin d'adhésion correspondance, leurs modifications ultérieures étant notifiées ensuite au fur et à mesure à chacun des adhérents.

5.2 En application de l'article L. 114-1 § 6 du code de la mutualité, un contrat écrit passe entre la personne morale souscriptrice et la mutuelle définit les droits et obligations résultant d'opérations collectives.

En pareil cas, le contenu des prestations et des cotisations dues par ou aux membres participants ou honoraires adhérents de la personne morale souscriptrice lui est communiqué par cette dernière, ou par la mutuelle si elle a reçu mandat pour ce faire, dans le cadre d'une notice d'information établie par l'assureur conformément à l'article L 221-6 du code de la mutualité.

ARTICLE 6 RESPECT DE L'OBJET DE LA MUTUELLE

Les instances dirigeantes de la mutuelle s'interdisent toute délibération sur les sujets étrangers aux buts de la mutualité, tels que les définit l'article L. 111-1 du code de la mutualité.

CHAPITRE II

CONDITIONS D'ADHÉSION, DE DÉMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION

SECTION 1 – ADHÉSION

ARTICLE 7 QUALITÉ DE MEMBRE

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-2 du code de la mutualité, les adhésions des membres de la mutuelle peuvent être individuelles ou collectives.

La Mutuelle se compose de membres participants et de membres honoraires.

Les membres participants sont les personnes physiques qui versent une cotisation et bénéficient ou font bénéficier leurs ayants droit des prestations de la Mutuelle.

Les membres honoraires sont soit des personnes physiques qui paient une cotisation, ou ont rendu des services équivalents, ou font des dons sans pouvoir bénéficier des prestations offertes par la Mutuelle, soit des personnes morales qui ont souscrit un contrat collectif.

Dans ce dernier cas, des conditions particulières, définies dans les contrats collectifs visés à l'article 5.2 ci-avant, pourront être consenties à certains membres adhérents d'associations professionnelles, de structures ordinales, de groupements professionnels de type société civile professionnelle ou de moyens ou société d'exercice libéral de médecins.

Les membres de la personne morale souscriptrice qui adhèrent au contrat collectif deviennent membres participants de la Mutuelle.

Une personne physique ne peut être membre, participant ou honoraire, de la Mutuelle que si elle a rempli un bulletin d'adhésion à un contrat individuel ou collectif comportant notamment son âge, sa profession, sa résidence, et si elle remplit au moins l'une des conditions ci-après :

1. Être médecin inscrit à l'Ordre des Médecins en France, pour l'exercice de la médecine en France,
2. Être une personne majeure exerçant une des professions de santé figurant sur une liste arrêtée par le Conseil d'Administration. Cette liste est consultable dans le Règlement Mutualiste des Professionnels de Santé.
3. Être retraité d'une profession visée aux catégories 1° et 2° ci-dessus,
4. Être enfant majeur, ou veuf ou veuve, ou conjoint séparé ou divorcé, d'un membre ou ancien membre Participant de la Mutuelle,
5. Être étudiant suivant des études visant à accéder à une profession visée au 1° ou 2° du présent article,
6. Être salarié d'une personne appartenant à la catégorie 1° ou 2° ci-dessus, en exécution d'un contrat de travail consenti par ladite personne de catégorie 1° ou 2°, ou pour leur société d'exercice professionnel, pour les assister dans l'exercice de ses fonctions visées audites catégories.
7. Pouvoir prétendre être membre du fait d'une disposition expresse de la Loi française.

Pour le cas où l'Assemblée Générale de la Mutuelle viendrait à être organisée en sections, représentées par des délégués, toutes ou certaines des catégories ci-avant de membres participants pourraient constituer des sections.

Les ayants droit des membres participants susceptibles de bénéficier des prestations de la Mutuelle sont exclusivement :

1. l'époux ou le pacsé,
2. le concubin,
3. les enfants mineurs de membres participants.

Par dérogation aux dispositions qui précèdent, les enfants de membres participants ayant atteint l'âge de dix-huit ans peuvent demeurer simples bénéficiaires jusqu'à vingt-cinq ans, dans le cadre de la couverture de leur ascendant, membre participant de la Mutuelle, sous réserve qu'ils demeurent majeurs à charge fiscale de l'ascendant concerné et qu'ils n'aient pas choisi d'être eux-mêmes membres participants conformément aux articles 7-al 7-4° ou 5° ci-avant.

ARTICLE 8 ADHÉSION INDIVIDUELLE – ADHÉSION COLLECTIVE DES MEMBRES PARTICIPANTS

L'admission des membres résulte de la signature du bulletin d'adhésion emportant acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par les règlements mutualistes et les notices des contrats collectifs.

8.1 Acquière la qualité de membre participant à titre individuel à la Mutuelle les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article 7 et qui font acte d'adhésion constaté par la signature du bulletin d'adhésion à la Mutuelle.

Les modifications éventuelles du ou des règlements mutualistes sont décidées par le Conseil d'Administration et notifiées aux membres par la Mutuelle.

Toutes les modifications des statuts décidées par l'Assemblée Générale sont portées à la connaissance des membres par la Mutuelle (art L 221-5-1 du code de la mutualité), l'envoi des projets de résolutions et du projet de statuts à l'occasion de la convocation à l'Assemblée Générale valant information au titre dudit article L 221-5-1, sous réserve que les statuts à jours soient tenus à disposition des adhérents en permanence, aux heures ouvrées, au siège de la Mutuelle et en ligne sur ses sites internet « www.mutuelle.org ».

8.2 Acquière la qualité de membres participants à titre collectif à la Mutuelle les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article 7 et qui, sur la base d'un contrat collectif conclu entre la Mutuelle et une personne morale souscriptrice dont ils sont membres, font acte d'adhésion constaté par la signature d'un bulletin d'adhésion à la Mutuelle et au contrat collectif, sauf s'il s'agit d'un contrat collectif obligatoire ne nécessitant pas de ce fait de bulletin d'adhésion.

Toutes les modifications du contrat collectif ou des notices sont constatées par un avenant signé de la Mutuelle et de la personne morale souscriptrice, laquelle en informe chaque membre participant, adhérent à titre collectif, en lui communiquant la notice modifiée.

Sauf le cas des contrats collectifs obligatoires, chaque adhérent dispose alors d'un délai d'un mois à compter de la remise de la notice modifiée pour dénoncer son affiliation en raison de ces modifications (art L 221-5-11 et L 221-6 du code de la mutualité).

SECTION 2 – RADIATION, EXCLUSION

ARTICLE 9 RADIATION

Sont radiés les membres dont les garanties ont été résiliées dans les conditions prévues aux articles L. 221-7, L. 221-8 et L. 221-17 du code de la mutualité et qui n'ont plus aucun contrat en cours avec la Mutuelle tant à titre individuel que collectif.

Il est précisé que nul ne peut rester membre de la Mutuelle en payant uniquement la cotisation mutualiste afin de bénéficier des avantages qui en découlent. Ainsi, tout adhérent qui n'a plus de contrat en cours avec la Mutuelle autre que les contrats dont il bénéficie au travers de la cotisation mutualiste est radié des effectifs de la Mutuelle et cesse de bénéficier des avantages auxquels donne droit la cotisation mutualiste.

ARTICLE 10 EXCLUSION

10.1 Peuvent être exclus, sous réserve du respect de toute disposition d'ordre public, les membres visés par une décision de l'Ordre de leur profession, passée en force de chose jugée, d'interdiction ou de suspension d'autorisation d'exercer sa profession, pour une raison autre qu'une raison de santé ou d'incapacité temporaire ou permanente.

Le membre, dont l'exclusion est proposée pour ce motif, est convoqué devant le Conseil d'Administration pour être entendu sur l'exclusion envisagée. S'il ne se présente pas au jour indiqué, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée. S'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'Administration.

En ce cas, la suspension ou la radiation ne peuvent intervenir pour une durée supérieure à celle de la sanction prise par le Conseil de l'Ordre.

10.2 Peut aussi être exclu tout membre qui aurait manqué gravement aux dispositions des présents statuts ou des règlements ou qui serait visé par des faits dont la gravité justifierait pareille exclusion.

En pareil cas, l'exclusion ne pourrait résulter que d'une décision du Tribunal de Grande Instance compétent saisi par le Président de la Mutuelle après avis sollicité par ce dernier auprès de l'ACPR.

ARTICLE 11 CONSÉQUENCES DE LA RADIATION ET DE L'EXCLUSION

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, sauf stipulations contraires prévues aux règlements mutualistes ou aux notices des contrats collectifs, et sauf le remboursement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque couvert par la cotisation concernée n'a pas couru.

TITRE II

ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

SECTION 1 – COMPOSITION, ÉLECTION

ARTICLE 12 COMPOSITION DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

L'Assemblée Générale est composée :

- des membres participants,
- des membres honoraires.

Chaque membre de la Mutuelle dispose d'une voix à l'Assemblée Générale.

ARTICLE 13 MEMBRES EMPÊCHÉS

13.1 Les membres de la mutuelle empêchés d'assister à l'Assemblée Générale peuvent voter par correspondance.

À cet effet, la convocation, qui leur est adressée au moins quinze jours francs avant la date de l'Assemblée, indique les résolutions sur lesquelles ils sont invités à se prononcer ainsi que, le cas échéant, les noms des candidats aux fonctions d'administrateur, avec le nombre de sièges à pourvoir.

Il leur est adressé à cette fin, dans les conditions de l'art R 114-1 du code de la mutualité, avec la lettre de convocation, un bulletin de vote par correspondance sur lequel ils répondent par « OUI » ou par « NON » ou par « abstention » aux résolutions proposées, et votent pour les candidats de leur choix. Ce bulletin, sous peine de nullité, ne doit porter ni le nom du votant, ni signe distinctif quelconque. Il est placé dans une enveloppe fermée ne portant aucune inscription. L'enveloppe contenant le bulletin est envoyée, au plus tard le jour de l'Assemblée, au siège social dans une seconde enveloppe portant l'adresse de la Mutuelle, le nom du votant et la mention « vote à l'Assemblée Générale ».

13.2 Les membres de la Mutuelle empêchés d'assister à l'Assemblée Générale peuvent aussi, à titre alternatif au vote par correspondance, voter par procuration.

À cet effet, la convocation, qui leur est adressée au moins quinze jours francs avant la date de l'assemblée, indique les questions sur lesquelles ils sont invités à se prononcer ainsi que, le cas échéant, les noms des candidats aux fonctions d'administrateur, avec le nombre de sièges à pourvoir.

Il peut en outre leur être adressé, dans les conditions de l'art R 114-2 du code de la mutualité, un modèle de procuration qu'ils peuvent remettre à un autre membre participant ou honoraire de la Mutuelle dûment désigné, lequel le présentera au bureau de l'Assemblée le jour de la réunion et exercera le droit de vote de son mandant.

Si le mandataire, désigné est le Président, ce dernier utilisera cette procuration en votant favorablement à toutes les résolutions soumises au vote.

Toutefois, pour le cas où un même membre empêché aurait retourné à la fois un bulletin de vote par correspondance et une formule de vote par procuration, seul le bulletin de vote par correspondance serait utilisé, la formule de procuration étant alors réputée nulle et non avenue.

ARTICLE 14 FORMULAIRES DE VOTE PAR CORRESPONDANCE ET PROCURATION

Pour le cas où la convocation à une Assemblée ne serait pas accompagnée d'un bulletin de vote par correspondance ou d'une formule de procuration, ces documents doivent être remis ou adressés aux frais de la Mutuelle à tout membre qui en ferait la demande, ladite demande devant être reçue au siège de la Mutuelle au plus tard six jours ouvrables avant la date de réunion.

Dans tous les cas les bulletins de vote par correspondance et les formules de vote par procuration doivent être remis par la Mutuelle dûment accompagnés du texte des résolutions proposées et d'un exposé des motifs.

SECTION 2 – RÉUNIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ARTICLE 15 CONVOCATION ANNUELLE OBLIGATOIRE

Le président du Conseil d'Administration convoque l'Assemblée Générale. Il la réunit au moins une fois par an.

À défaut, le Président du Tribunal de Grande Instance statuant en référé peut, à la demande de tout membre de la Mutuelle, enjoindre sous astreinte aux membres du Conseil d'Administration de convoquer cette assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

ARTICLE 16 AUTRES CONVOCATIONS

L'Assemblée Générale peut également être convoquée par :

1. la majorité des administrateurs composant le conseil,
2. les commissaires aux comptes,
3. le comité d'audit mentionné à l'article L. 823-19 du code de commerce, d'office ou à la demande d'un ou plusieurs membres participants, ou toute autre comité équivalent ;
4. un administrateur provisoire nommé conformément aux dispositions légales et réglementaires en la matière,
5. les liquidateurs.

ARTICLE 17 MODALITÉS DE CONVOCATION DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

L'Assemblée Générale doit être convoquée quinze jours au moins avant la date de sa réunion.

Les membres composant l'Assemblée Générale reçoivent les documents dont la liste et les modalités de remise sont fixées par arrêté du ministre chargé de la mutualité.

L'Assemblée se tient au siège de la Mutuelle ou en tout autre lieu fixé par l'auteur de la convocation.

ARTICLE 18 ORDRE DU JOUR

L'ordre du jour de l'Assemblée Générale est arrêté par l'auteur de la convocation.

L'Assemblée Générale ne délibère que sur des questions inscrites à l'ordre du jour.

Le quart des membres participants de la Mutuelle peuvent requérir collectivement l'inscription à l'ordre du jour de l'Assemblée Générale de projets de résolutions dans les conditions fixées à l'article D 114-6.

En pareil cas, la demande doit parvenir au siège de la Mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception à l'attention du Président du Conseil d'Administration, au moins cinq jours ouvrés avant la date de la réunion de l'Assemblée Générale.

L'Assemblée Générale peut, en toutes circonstances, révoquer un ou plusieurs membres du Conseil d'Administration et procéder à leur remplacement.

Elle prend en outre, en toutes circonstances, les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles prévues par le code de la mutualité.

ARTICLE 19 MODALITÉS DE VOTE DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

I - Délibérations de l'Assemblée Générale nécessitant un quorum et une majorité renforcée pour être adoptées.

Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, le montant du fonds d'établissement, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, les règles générales en matière d'opérations collectives, les règles générales en matière d'opérations individuelles, la fusion, la scission, la dissolution de la mutuelle ou la création d'une mutuelle ou d'une union ou à l'adhésion à pareil organisme, l'Assemblée Générale ne délibère valablement que si le nombre de ses membres présents ou représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance est au moins égal à la moitié du total des membres.

À défaut, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée et délibérera valablement si le nombre de ses membres présents ou représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance représente au moins le quart du total des membres.

Les décisions sont adoptées à la majorité des deux tiers des membres présents ou représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance.

II - Délibérations de l'Assemblée Générale nécessitant un quorum et une majorité simple pour être adoptées.

Lorsqu'elle se prononce sur des questions autres que celles visées au I ci-dessus, l'Assemblée ne délibère valablement que si le nombre de ses membres présents ou représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance est au moins égal au quart du total des membres.

À défaut, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée et délibérera valablement quel que soit le nombre de ses membres présents ou représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance.

Les décisions sont adoptées à la majorité simple des membres présents ou représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance.

SECTION 3 – COMPÉTENCES DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ARTICLE 20 COMPÉTENCES DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

I. L'Assemblée Générale procède à l'élection des membres du Conseil d'Administration et, le cas échéant, à leur révocation.

II. L'Assemblée Générale est notamment appelée à se prononcer sur :

1. les modifications des statuts,
2. les activités exercées,
3. l'existence et le montant des droits d'adhésion,
4. le montant du fonds d'établissement,
5. les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations individuelles,
6. les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives,
7. l'adhésion à une union ou à une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, le retrait d'une union ou d'une fédération, la fusion avec une autre mutuelle ou une union, la scission ou la dissolution de la Mutuelle, ainsi que la création d'une autre mutuelle ou d'une union conformément aux articles L 114-44 et L 114-45 du code de la mutualité ou autre groupe mutualiste ou société de groupe d'assurance mutuelle conformément aux articles L 322-1-3 et R 322-160 et suivant du code des assurances ou l'adhésion à pareils organismes,
8. les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance,
9. l'émission des titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L. 114-44 et L. 114-45 du code de la mutualité,
10. le transfert de tout ou partie du portefeuille de garanties, que la Mutuelle soit cédante ou cessionnaire,
11. le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'Administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
12. les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe,
13. le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionnées à l'article L. 114-34 du code de la mutualité,
14. toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

III. L'Assemblée Générale décide :

1. la nomination des commissaires aux comptes,
2. la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la Mutuelle, prononcée conformément aux dispositions statutaires,

ARTICLE 21 FORCE EXÉCUTOIRE DES DÉCISIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Les décisions régulièrement prises par l'Assemblée Générale s'imposent à la Mutuelle et à ses membres sous réserve de leur conformité à l'objet de la Mutuelle et au code de la mutualité.

Les modifications des montants ou des taux de cotisations ainsi que des prestations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux adhérents dans les conditions prévues aux présents statuts, aux règlements mutualistes, aux contrats collectifs et à leurs notices.

CHAPITRE II

CONSEIL D'ADMINISTRATION

SECTION 1 - COMPOSITION, ÉLECTION

ARTICLE 22 COMPOSITION

22.1 – ADMINISTRATEURS

La Mutuelle est administrée par un Conseil d'Administration composé de dix à quatorze administrateurs, toutes personnes physiques.

Il ne peut être composé pour plus de la moitié d'administrateurs exerçant des fonctions d'administrateurs, de dirigeants ou d'associés dans une personne morale de droit privé à but lucratif appartenant au même groupe au sens de l'article L. 212-7 du code de la mutualité.

22.2 – ADMINISTRATEURS D'HONNEUR

22.2.1 – Les membres du Conseil d'Administration atteints par la limite d'âge et démissionnaires d'office ainsi que les anciens membres du Conseil d'Administration ayant exercé en cette qualité au moins deux mandats complets et continus, cette dernière disposition ne s'appliquant pas pour le cas d'une interruption de mandat pour raison justifiée de santé, sont administrateurs d'honneur de droit, sous réserve qu'ils demeurent membres participants ou honoraires de la Mutuelle.

Les administrateurs d'honneur assistent aux réunions du Conseil d'Administration dans les mêmes conditions que les autres administrateurs mais avec voix consultative uniquement.

Leur nombre n'est pas pris en compte pour le calcul du nombre d'administrateurs éligibles ni pour les quorums et majorités au conseil.

Aucun administrateur d'honneur ne peut être membre du Bureau.

Enfin, le Conseil d'Administration peut décider à l'unanimité d'attribuer à un membre ou ancien membre la qualité d'administrateur d'honneur, en cas de service particulier rendu par l'intéressé à la Mutuelle ou de circonstances exceptionnelles justifiées.

22.2.2 – Tout ancien Président de la Mutuelle ayant exercé une telle fonction pendant au moins un mandat complet tel que visé à l'article 43 des statuts, cette dernière condition n'étant pas exigée en cas d'interruption de mandat pour raison justifiée de santé, est de droit Président d'honneur, sous réserve qu'il demeure membre participant ou honoraire de la mutuelle.

Le Président d'honneur a les mêmes attributions que les administrateurs d'honneur.

ARTICLE 23 PRÉSENTATION DES CANDIDATURES AU MANDAT D'ADMINISTRATEUR

Les candidatures au mandat d'administrateur sont obligatoirement formulées par courrier recommandé avec accusé de réception ou par lettre remise en main propre au Président contre décharge entre le 1^{er} décembre de chaque année et le 31 mars de l'année suivante, année au cours de laquelle se tiendra l'assemblée appelée à procéder aux élections concernées.

Les candidatures au renouvellement peuvent toutefois être formulées par les administrateurs sortant au cours de la réunion du Conseil d'Administration organisant la convocation à l'Assemblée Générale qui procédera aux élections concernées.

Les candidatures à un mandat d'administrateur autres que dans le cadre d'un renouvellement sont accompagnées d'un curriculum vitae de l'intéressé mentionnant de manière succincte sa vie professionnelle jusqu'au jour de sa candidature.

Ce curriculum vitae est assorti d'un certificat de moralité établi par une personne, membre participant de manière continue de la Mutuelle depuis cinq années au moins au jour de l'Assemblée Générale, qui statuera sur la candidature, remplissant ou ayant rempli pendant au moins 10 ans l'une des conditions visées à l'article 7 al 7 ci-avant.

L'ensemble des noms et prénoms des candidats est porté à la connaissance des membres dans la lettre de convocation à l'Assemblée Générale, sans autre mention ni document, seule la qualité de membre sortant ou d'ancien administrateur pouvant être précisée à la suite du nom du candidat.

ARTICLE 24 CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ – LIMITE D'ÂGE

Pour être éligibles au Conseil d'Administration, les membres candidats doivent :

- être âgés de 18 ans révolus au jour de leur candidature,
- ne pas avoir exercé de fonctions de salarié au sein de la Mutuelle au cours des trois années précédant l'élection,
- n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation dans les conditions énumérées à l'article L.114-21 du code de la mutualité.

Le nombre des membres du Conseil d'Administration ayant dépassé la limite d'âge fixée à 70 ans ne peut excéder le tiers des membres du Conseil d'Administration.

Le dépassement de la part maximale que peuvent représenter les administrateurs ayant dépassé la limite d'âge entraîne la démission d'office de l'administrateur le plus âgé. Lorsqu'il trouve son origine dans l'élection d'un nouvel administrateur ou dans la cooptation d'un administrateur, ce dépassement entraîne la démission d'office de l'administrateur nouvellement élu ou coopté.

Nul ne peut être candidat s'il n'est pas membre participant de la Mutuelle, de manière continue depuis une année au moins, au jour de l'Assemblée Générale qui statuera sur sa candidature.

ARTICLE 25 MODALITÉS DE L'ÉLECTION

Sous réserve des dispositions inscrites aux présents statuts et dans le respect des dispositions légales et réglementaires, les membres du Conseil d'Administration sont élus à bulletin secret par l'ensemble des membres de l'Assemblée Générale au scrutin uninominal à un tour, dans l'ordre du plus grand nombre de voix obtenu.

En cas d'égalité de voix, le plus âgé l'emporte.

ARTICLE 26 DURÉE DU MANDAT

Les membres du Conseil d'Administration sont élus pour une durée de six ans. La durée de leur fonction expire à l'issue de l'Assemblée Générale annuelle tenue dans l'année du sixième anniversaire de leur mandat. Les membres du Conseil d'Administration qui ont été cooptés en cours de mandat achèvent le mandat du membre qu'ils remplacent.

Les membres du Conseil d'Administration cessent leurs fonctions :

- lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la mutuelle,
- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions mentionnées à l'article 24 et sont démissionnaires d'office,
- lorsqu'ils ne respectent pas les dispositions de l'article L. 114-23 du code de la mutualité relatif au cumul, auquel cas ils présentent leur démission ou sont déclarés démissionnaires d'office dans les conditions prévues à cet article,
- trois mois après qu'une décision de justice définitive les a condamnés pour l'un des faits visés à l'article L. 114-21 du code de la mutualité.

Les administrateurs sont révocables à tout moment par l'Assemblée Générale.

ARTICLE 27 RENOUVELLEMENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le renouvellement du conseil a lieu tous les ans pour les mandats qui arrivent à échéance.

Les membres sortants sont rééligibles.

ARTICLE 28 VACANCE

En cas de vacance d'un siège d'Administrateur en cours de mandat liée à un décès, à une démission, à la perte de qualité de membre participant ou de membre honoraire ou à la cessation de mandat à la suite d'une décision d'opposition à la poursuite du mandat prise par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution en application de l'article L. 612-23-1 du code monétaire et financier, et à la condition que cette vacance n'ait pas pour effet de faire tomber le nombre d'Administrateurs en dessous du nombre minimum prévu par l'article L. 114-16 du Code de la mutualité, il peut être procédé à la cooptation d'un administrateur par le Conseil d'Administration avant la prochaine réunion de l'Assemblée Générale.

Cette cooptation est soumise à ratification de la plus proche Assemblée Générale. La non-ratification par celle-ci de la nomination faite par le Conseil d'Administration entraîne la cessation du mandat de l'administrateur mais n'entraîne pas, par elle-même, la nullité des délibérations auxquelles il a pris part.

L'administrateur dont la cooptation a été ratifiée par l'Assemblée Générale achève le mandat de celui qu'il a remplacé.

Dans le cas où la vacance a pour effet de faire tomber le nombre d'Administrateurs en dessous du nombre minimum prévu par l'article L. 114-16 du Code de la mutualité, il est procédé sans délai à la convocation d'une Assemblée Générale.

SECTION 2 – RÉUNIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

ARTICLE 29 RÉUNIONS

Le Conseil d'Administration se réunit sur convocation du président, et au moins trois fois par an. Sa convocation est obligatoire quand elle est demandée par le quart des membres du Conseil d'Administration.

Le Président du Conseil d'Administration établit l'ordre du jour du conseil et le joint à la convocation, qui doit être envoyée aux membres du Conseil d'Administration cinq jours francs au moins avant la date de réunion, sauf en cas d'urgence.

Le dirigeant opérationnel participe de droit aux réunions du Conseil d'Administration.

Le Président peut inviter des personnes extérieures à la Mutuelle ou des salariés de la Mutuelle à assister aux réunions du Conseil.

Les administrateurs ainsi que toute personne appelée à assister aux réunions du Conseil d'Administration sont tenus à la confidentialité des informations données comme telles par le Président ou les dirigeants et, d'une manière générale, à un devoir de réserve sur tous les débats des réunions.

ARTICLE 30 DÉLIBÉRATIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'Administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante.

Le Conseil d'Administration vote obligatoirement à bulletin secret pour l'élection du Président, des autres membres du bureau et du dirigeant opérationnel, ainsi que sur les propositions de délibérations qui intéressent directement un administrateur.

Les membres du Conseil d'Administration peuvent, par décision de ce conseil, être déclarés d'offices démissionnaires de leurs fonctions en cas d'absence sans motif valable à trois séances au cours de la même année. Cette décision est ratifiée par la plus prochaine Assemblée Générale.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé par le Conseil d'Administration lors de la séance suivante.

SECTION 3 – ATTRIBUTIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

ARTICLE 31 COMPÉTENCES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil dispose, pour l'administration et la gestion de la Mutuelle, de tous les pouvoirs qui ne sont pas expressément réservés à l'Assemblée Générale par le code de la mutualité et les présents statuts.

Le Conseil fixe les montants ou les taux de cotisations et les prestations des opérations collectives, dans le respect des règles générales relatives aux opérations collectives fixées par l'Assemblée Générale. Il rend compte devant l'Assemblée générale des décisions qu'il prend en la matière. Il peut déléguer tout ou partie de cette compétence, pour une durée maximale d'un an, au Président du Conseil d'administration ou, le cas échéant, au Dirigeant opérationnel.

Le Conseil d'Administration adopte et modifie les règlements mutualistes et fixe les montants ou les taux de cotisations et les prestations relatifs aux opérations individuelles dans le respect des règles générales relatives aux opérations individuelles fixées par l'Assemblée générale. Il rend compte devant l'Assemblée générale des décisions qu'il prend en la matière.

Le Conseil d'Administration détermine les orientations de la Mutuelle et veille à leur application. Il adopte annuellement le budget prévisionnel, opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la Mutuelle.

Plus généralement, il veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la réglementation applicable aux mutuelles.

ARTICLE 32 DÉLÉGATIONS D'ATTRIBUTIONS PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil peut déléguer, sous sa responsabilité et son contrôle, une partie de ses pouvoirs, soit au bureau, soit au président, soit à un ou plusieurs administrateurs, soit à une ou plusieurs commissions temporaires ou permanentes de gestion dont les membres sont choisis parmi les administrateurs.

Le Conseil peut déléguer les fonctions suivantes : décider l'embauche et le licenciement des salariés, décider des acquisitions et aliénations de biens immobiliers, accepter les dons ou legs, gérer un portefeuille de titres, etc.

Il peut à tout moment retirer une ou plusieurs de ces attributions.

Sans préjudice des dispositions de l'article 45, le Conseil d'Administration peut confier au Président ou à un administrateur nommé désigné le pouvoir de prendre seul toutes décisions concernant la passation et l'exécution de contrats ou type de contrats qu'il détermine, à l'exception des actes de disposition. Le Président ou l'administrateur ainsi désigné agit sous le contrôle et l'autorité du conseil, à qui il doit rendre compte des actes qu'il a accomplis.

ARTICLE 33 NOMINATION D'UN DIRIGEANT OPÉRATIONNEL

Le Conseil d'Administration peut nommer, sur proposition du Président, un dirigeant opérationnel, qui ne peut être administrateur et dont il détermine les attributions.

Il est mis fin aux fonctions de dirigeants opérationnels dans les mêmes conditions.

Il en fait la déclaration auprès du Registre National des Mutuelles. Il fixe sa rémunération. Le Conseil d'Administration peut le révoquer à tout moment.

Le dirigeant opérationnel assiste à chaque réunion du Conseil d'Administration et, à l'invitation du Président, aux réunions du bureau.

ARTICLE 34 DÉLÉGATIONS DE POUVOIRS AU DIRIGEANT OPÉRATIONNEL ET À UN ADMINISTRATEUR

Le dirigeant opérationnel peut se voir déléguer par le Président ou un administrateur, dans la limite de leurs attributions respectives, le pouvoir de passer en leur nom certains actes ou de prendre certaines décisions. Ces délégations doivent être autorisées par le Conseil d'Administration, par décision expresse, déterminées quant à leur objet et reportées dans un registre coté.

Le Conseil d'administration approuve les éléments du contrat de travail du dirigeant opérationnel et fixe les conditions dans lesquelles il lui délègue les pouvoirs nécessaires à la direction effective de la Mutuelle. Le dirigeant opérationnel exerce ses fonctions sous le contrôle du conseil d'administration et dans le cadre des orientations arrêtées par celui-ci conformément aux dispositions de l'article L 114-7 du Code de la Mutualité.

Le dirigeant opérationnel veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la réglementation. Le dirigeant opérationnel exerce ses pouvoirs dans la limite de l'objet social de la Mutuelle, de la délégation mentionnée au précédent alinéa du présent article et sous réserve de ceux que la loi attribue expressément à l'Assemblée Générale, au Président et au Conseil d'Administration.

Le Conseil d'Administration peut également consentir, en cas d'empêchement d'un administrateur, une délégation au profit d'un autre salarié.

En aucun cas le Président ne peut déléguer des attributions qui lui sont spécialement réservées par la loi.

SECTION 4 – STATUT DES ADMINISTRATEURS

ARTICLE 35 INDEMNITÉS VERSÉES AUX ADMINISTRATEURS ET REMBOURSEMENT DES FRAIS

Les fonctions d'administrateurs sont gratuites.

La Mutuelle peut cependant verser des indemnités à ses administrateurs dans les conditions mentionnées aux articles L. 114-26 et suivants du code de la mutualité.

ARTICLE 36 REMBOURSEMENT DES FRAIS AUX ADMINISTRATEURS

La Mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacement et de séjour et de garde d'enfants dans les limites fixées par arrêté du ministre chargé de la mutualité.

ARTICLE 37 SITUATIONS ET COMPORTEMENTS INTERDITS AUX ADMINISTRATEURS ET AU DIRIGEANT OPÉRATIONNEL

Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel rétribué par la Mutuelle ou de recevoir à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions toutes rémunérations ou avantages autres que ceux prévus à l'article L.114-26 du code de la mutualité.

Aucune rémunération liée de manière directe ou indirecte au volume des cotisations de la Mutuelle ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un administrateur ou à un dirigeant opérationnel.

Les anciens membres du Conseil d'Administration, y compris les anciens administrateurs d'honneur, ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à une rémunération de la Mutuelle qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat.

Il est interdit aux administrateurs et dirigeant opérationnel de passer des conventions avec la Mutuelle ou tout organisme appartenant au même groupe dans des conditions contraires aux articles 39, 40 et 41 des présents statuts.

ARTICLE 38 OBLIGATIONS DES ADMINISTRATEURS ET DU DIRIGEANT OPÉRATIONNEL

Les administrateurs et dirigeant opérationnel veillent à accomplir leurs missions dans le respect de la loi et des présents statuts. Ils sont tenus à une obligation de réserve et au secret professionnel.

Les administrateurs sont tenus de faire savoir les mandats d'administrateurs qu'ils exercent dans une autre Mutuelle, une union ou une fédération. Ils informent la Mutuelle de toute modification à cet égard. Une même personne ne peut appartenir simultanément à plus de cinq conseils d'administration de mutuelles, unions et fédérations.

Le dirigeant opérationnel est tenu de déclarer au Conseil d'Administration, avant sa nomination, l'ensemble des activités professionnelles et fonctions électives qu'il entend conserver, et de faire connaître après sa nomination les autres activités ou fonctions qu'il entend exercer.

Les administrateurs et le dirigeant opérationnel sont tenus de faire connaître à la Mutuelle les sanctions, même non définitives, qui viendraient à être prononcées contre eux pour l'un des faits visés à l'article L. 114-21 du code de la mutualité.

ARTICLE 39 CONVENTIONS RÉGLEMENTÉES SOUMISES À AUTORISATION PRÉALABLE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Il est interdit aux administrateurs de prendre ou de conserver un intérêt, direct ou indirect, dans une entreprise ayant traité avec la Mutuelle ou dans un marché passé avec celle-ci.

Il leur est également interdit de se servir de leurs titres en dehors des fonctions qu'ils sont appelés à exercer en application des statuts.

Sous réserve des dispositions de l'article 40 des présents statuts, toute convention intervenant entre la Mutuelle et l'un de ses administrateurs ou le dirigeant opérationnel, ou une personne morale à laquelle elle a délégué tout ou partie de sa gestion, est soumise à l'autorisation préalable du Conseil d'Administration.

Il en va de même des conventions auxquelles un administrateur ou un dirigeant opérationnel est indirectement intéressé ou dans lesquelles il traite avec la Mutuelle par personne interposée ainsi que les conventions intervenant entre la Mutuelle et toute personne morale de droit privé, si l'un des administrateurs de la Mutuelle est propriétaire, associé indéfiniment responsable, gérant, administrateur, directeur général, membre du directoire, du conseil de surveillance ou, de façon générale, dirigeant de ladite personne morale.

Les dispositions qui précèdent sont également applicables aux conventions intervenant entre un administrateur salarié ou un dirigeant opérationnel et toute personne morale appartenant au même groupe que la Mutuelle au sens de l'article L. 212-7 du code de la mutualité.

Le non-respect de ces dispositions peut entraîner la nullité des conventions dans les conditions prévues à l'article L. 114-35 du code de la mutualité.

Le Conseil d'Administration doit prendre sa décision sur les demandes d'autorisations qui lui sont adressées au plus tard lors de la réunion au cours de laquelle il arrête les comptes annuels de l'exercice.

ARTICLE 40 CONVENTIONS COURANTES AUTORISÉES SOUMISES À UNE OBLIGATION D'INFORMATION

Les conventions portant sur des opérations courantes, conclues à des conditions normales, intervenant entre la Mutuelle et l'un de ses administrateurs ou le dirigeant opérationnel, telles que définies par un décret pris en application de l'article L.114-33 du code de la mutualité, sont communiquées par ce dernier au président du Conseil d'Administration. La liste et l'objet desdites conventions sont communiqués par le Président aux membres du Conseil d'Administration et aux commissaires aux comptes. Ces éléments sont présentés à l'Assemblée Générale dans les conditions de l'article L. 114-33 du code de la mutualité.

ARTICLE 41 CONVENTIONS INTERDITES

Il est interdit aux administrateurs et au dirigeant opérationnel de contracter sous quelque forme que ce soit des emprunts auprès de la Mutuelle ou de se faire consentir par celle-ci un découvert, en compte courant ou autrement, ainsi que de faire cautionner ou avaliser par elle leurs engagements envers des tiers.

Toutefois, l'interdiction de contracter des emprunts ne s'applique pas lorsque les personnes concernées peuvent, en qualité d'administrateur ou de dirigeant opérationnel, en bénéficier aux mêmes conditions que celles qui sont offertes par la Mutuelle à l'ensemble des membres participants au titre de l'action sociale mise en œuvre. Cette interdiction ne s'applique pas au dirigeant opérationnel lorsque celui-ci est susceptible d'en bénéficier aux mêmes conditions que les salariés de la Mutuelle. Dans tous les cas, le Conseil d'Administration est informé du montant et des conditions des prêts accordés au cours de l'année à chacun des administrateurs et du dirigeant opérationnel.

La même interdiction s'applique aux conjoints, ascendants et descendants des administrateurs et dirigeant opérationnel ainsi qu'à toute personne interposée.

ARTICLE 42 RESPONSABILITÉ

La responsabilité civile des administrateurs est engagée individuellement ou solidairement, selon les cas, envers la Mutuelle ou envers les tiers, à raison des infractions aux dispositions législatives ou réglementaires, des violations des statuts ou des fautes commises dans leur gestion.

CHAPITRE III

PRÉSIDENT ET BUREAU

SECTION 1 – ÉLECTION ET MISSIONS DU PRÉSIDENT

ARTICLE 43 ÉLECTION ET RÉVOCATION

Le Président, nécessairement membre participant, est élu à bulletin secret pour un an par le Conseil d'Administration en son sein, au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée Générale statuant sur les comptes de chaque exercice social. Le Président peut être révoqué à tout moment par le Conseil d'Administration.

Le Président ne peut exercer simultanément, en plus de son mandat de président, que quatre mandats d'administrateur, dont au plus deux mandats de président du Conseil d'Administration d'une fédération, d'une union ou d'une mutuelle.

La déclaration des candidatures aux fonctions de président du Conseil d'Administration doit être envoyée au siège de la Mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception, quinze jours francs au moins avant la date de l'élection. Toutefois, en cas de candidature au renouvellement de son Mandat, le Président sortant en fait part lors de la réunion du Conseil d'Administration au cours de laquelle a lieu l'élection, sans être tenu à notification préalable.

ARTICLE 44 VACANCE

En cas de vacance du poste de Président en cours de mandat suite à une démission, à un décès, à la perte de qualité de membre participant du Président ou à la cessation de son mandat consécutivement à une décision d'opposition prise par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution en application de l'article L. 612-23-1 du code monétaire et financier, il est pourvu à son remplacement par le Conseil d'Administration qui procède à une nouvelle élection. Le Conseil est convoqué immédiatement à cet effet par l'un des vice-présidents ou à défaut par l'administrateur le plus âgé. Dans l'intervalle, les fonctions de président sont remplies par le secrétaire général ou, à défaut, par le trésorier général ou, à défaut, par le premier vice-président ou, à défaut, par l'administrateur acceptant ce mandat le plus âgé. Le Président élu au poste vacant achève le mandat de celui qu'il remplace.

ARTICLE 45 MISSIONS

Le Président du Conseil d'Administration organise et dirige les travaux du Conseil d'Administration dont il rend compte à l'Assemblée Générale. Il informe, le cas échéant, le Conseil d'Administration des procédures engagées en application de l'article L. 510-1 du code de la mutualité et L 612-1 et suivants du code monétaire et financier. Il veille au bon fonctionnement des organes de la Mutuelle, conformément au code de la mutualité et aux statuts et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées. Le Président convoque le Conseil d'Administration et en établit l'ordre du jour. Il donne avis aux commissaires aux comptes de toutes les conventions autorisées. Il engage les recettes et les dépenses. Le Président représente la Mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il est compétent pour décider d'agir en justice, ou de défendre la Mutuelle dans les actions intentées contre elle.

SECTION 2 – ÉLECTION, COMPOSITION DU BUREAU,

ARTICLE 46 ÉLECTION

Les membres du bureau, autres que le président, sont élus à bulletin secret pour un an par le Conseil d'Administration, parmi ses membres, au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée Générale statuant sur les comptes de chaque exercice social. Les membres du bureau peuvent être révoqués à tout moment par le Conseil d'Administration. En cas de vacance d'un membre du bureau en cours de mandat, suite à un décès, une démission ou toute autre cause, le Conseil d'Administration peut pourvoir au remplacement du poste vacant. L'administrateur ainsi élu au bureau achève le mandat de celui qu'il remplace.

ARTICLE 47 COMPOSITION

Le bureau est composé de la façon suivante :

Membres permanents :

- le président
- un secrétaire général
- un trésorier général

Membres de soutien :

- les vice-présidents
- le secrétaire général-adjoint
- le trésorier général-adjoint

ARTICLE 48 RÉUNIONS ET DÉLIBÉRATIONS

Le bureau se réunit à l'initiative du Président autant de fois que nécessaire.

Le Président peut inviter des personnes extérieures au bureau, dont le dirigeant opérationnel, si la Mutuelle s'en est dotée, à assister aux réunions du bureau, qui délibère alors sur cette présence.

Le bureau ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents ou représentés, avec un minimum de deux personnes physiquement présentes. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents ou représentés. En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante.

En cas d'absence, un membre permanent peut se faire représenter par un autre membre permanent ou par un membre de soutien, qui vote alors en son nom.

Ce n'est que dans ce cas qu'un membre de soutien participe au bureau, sauf invitation ad'hoc par le président, dans ce dernier cas, sans droit de vote personnel.

Les membres de la Commission d'Audit assistent de droit aux réunions du bureau, dont ils ne sont cependant pas membres, s'ils le souhaitent, et doivent être convoqués et informés dans les mêmes conditions que les membres du bureau.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion par le secrétaire général.

ARTICLE 49 LES VICE-PRÉSIDENTS

Les vice-présidents secondent le Président, à l'initiative de ce dernier.

En cas d'empêchement de celui-ci, le vice-président le plus âgé le supplée avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

ARTICLE 50 LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

Le secrétaire général est notamment responsable de la rédaction des procès-verbaux, de la conservation des archives ainsi que de la tenue du fichier des adhérents.

ARTICLE 51 LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL ADJOINT

Le secrétaire général adjoint seconde le secrétaire général. En cas d'empêchement de celui-ci, il le supplée avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

ARTICLE 52 LE TRÉSORIER GÉNÉRAL

Le trésorier effectue les opérations financières de la Mutuelle et tient la comptabilité.

Il est notamment chargé du paiement des dépenses engagées par le Président et fait encaisser les sommes dues à la Mutuelle.

Il fait procéder selon les directives du Conseil d'Administration à l'achat, à la vente et, d'une façon générale, à toutes les opérations sur les titres et valeurs.

Il prépare et soumet à la discussion du Conseil d'Administration :

- les comptes annuels et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
- un rapport sur la situation financière de la Mutuelle
- d'une manière générale tous les éléments permettant au Conseil d'Administration d'établir son rapport visé à l'article L. 114-17 du code de la mutualité.

Sous réserve des dispositions de l'article 34, le trésorier peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier à un ou des salariés qui n'ont pas le pouvoir d'ordonnancement, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

ARTICLE 53 LE TRÉSORIER GÉNÉRAL ADJOINT

Le trésorier général adjoint seconde le trésorier. En cas d'empêchement de celui-ci, il le supplée avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

CHAPITRE IV

ORGANISATION FINANCIÈRE

SECTION 1 – PRODUITS ET CHARGES

ARTICLE 54 PRODUITS

Les produits de la Mutuelle comprennent :

- 1° – le droit d'adhésion versé par les membres, dont le montant est déterminé par l'Assemblée Générale,
- 2° – les cotisations des membres participants et des membres honoraires,
- 3° – les dons et les legs mobiliers et immobiliers,
- 4° – les produits résultant de l'activité de la Mutuelle,
- 5° – plus généralement, toutes autres recettes conformes aux finalités mutualistes du groupement, notamment les concours financiers, subventions, prêts.

ARTICLE 55 CHARGES

Les charges comprennent :

- 1° – les diverses prestations servies aux membres participants,
- 2° – les dépenses nécessitées par l'activité de la Mutuelle,
- 3° – la participation de la Mutuelle aux dépenses de fonctionnement des comités régionaux de coordination de la mutualité,
- 4° – les cotisations versées au fonds de garantie, ainsi que le montant des souscriptions aux certificats émis par le fonds dans les conditions prévues à l'article L 431-7 du code de la mutualité.
- 5° – la redevance prévue à l'article L. 612-20 du code monétaire et financier et affectée aux ressources de l'ACPR pour l'exercice de ses missions,
- 6 – plus généralement, toutes autres dépenses conformes aux finalités mutualistes du groupement.

ARTICLE 56 VÉRIFICATIONS PRÉALABLES

Le responsable de la mise en paiement des charges de la Mutuelle s'assure préalablement de la régularité des opérations et notamment de leur conformité avec les décisions des instances délibératives de la Mutuelle.

SECTION 2 – MODES DE PLACEMENT ET DE RETRAIT DES FONDS, RÈGLES DE SÉCURITÉ FINANCIÈRE

ARTICLE 57 RÈGLES PRUDENTIELLES

La Mutuelle étant intégralement substituée par AGMF Prévoyance, il revient à AGMF Prévoyance de :

- justifier de l'existence d'une marge de solvabilité suffisante relative à l'ensemble de ses activités, y compris les activités substituées,
- constituer des provisions techniques suffisantes pour le règlement intégral de ses engagements vis-à-vis de ses membres participants et de leurs ayants droit et ceux des mutuelles substituées et notamment la Mutuelle Familiale du Corps Médical Français.

Conformément à l'article L. 211-5 du code de la mutualité, la substitution emporte caution solidaire d'AGMF Prévoyance pour l'ensemble des engagements financiers et charges, y compris non assurantiels, de la Mutuelle vis-à-vis des membres participants, ayants droit, bénéficiaires de cette dernière et toute autre personne physique ou morale.

ARTICLE 58 ENGAGEMENTS RÉGLEMENTÉS

La Mutuelle étant substituée par AGMF Prévoyance, il revient à AGMF Prévoyance de représenter à l'actif de son bilan des engagements pris en substitution par des valeurs admises en représentation et selon les règles de répartition et de dispersion prévues par le code de la mutualité et les textes en vigueur.

SECTION 3 – COMMISSIONS ET COMMISSARIAT AUX COMPTES

ARTICLE 59 COMMISSIONS

Le Président de la Mutuelle, dans le cadre de sa mission de bonne gouvernante de la Mutuelle, peut proposer au Conseil la création de toute commission, par exemple des rémunérations, de la communication..., à titre permanent ou temporaire. Il est président de droit de chacune de ces commissions, composées nécessairement, outre lui-même, d'un membre du Bureau au moins et de toute autre personne, membre ou non de la Mutuelle, que le Conseil d'Administration jugera opportun d'investir de ce mandat en vertu de ses compétences.

Le Conseil d'Administration fixera ou modifiera, sur proposition de son président, la composition, le nombre de membres, le mode de désignation, la durée des mandats et, d'une manière générale, les règles de fonctionnement de chaque commission.

La Mutuelle étant substituée par AGMF Prévoyance, elle n'a plus l'obligation d'avoir un Comité d'audit tel que visé par l'article L 813-19 du Code de Commerce, composée de deux à quatre Membres élus par le Conseil d'Administration parmi ses Membres et, si le Conseil d'Administration en décide ainsi, d'une à deux personnes physiques choisies par le Conseil d'Administration, en dehors d'Administrateurs, à raison de leurs compétences techniques particulières, au visa de l'article L 114-17-1 du code de la mutualité. Il est de la responsabilité du Conseil d'Administration de décider du maintien ou non du Comité d'audit et d'en préciser la mission.

Les commissions ne peuvent en aucune manière supplanter les pouvoirs des organes sociaux de la Mutuelle tels qu'ils ressortent du code de la mutualité et des statuts.

ARTICLE 60 COMMISSARIAT AUX COMPTES

L'Assemblée Générale peut nommer au moins un commissaire aux comptes et un suppléant choisis sur la liste mentionnée à l'article L. 822-1 du code de commerce. Leur mandat leur est attribué pour six exercices.

Le Président convoque le commissaire aux comptes à toute Assemblée Générale.

Le commissaire aux comptes :

- certifie le rapport établi par le Conseil d'Administration et présenté à l'Assemblée Générale, détaillant les sommes et avantages de toute nature versés à chaque administrateur,
- certifie les comptes consolidés et combinés établis par le Conseil d'Administration,
- prend connaissance de l'avis donné par le Président du Conseil d'Administration de toutes les conventions visées à l'article L. 114-32 du code de la mutualité et établit à leur sujet un rapport visé à l'article L. 114-34 du code de la mutualité,
- fournit à la demande de l'autorité de contrôle (ACPR) tout renseignement sur l'activité de la Mutuelle sans pouvoir opposer le secret professionnel,
- signale sans délai à l'autorité de contrôle (ACPR) tout fait et décision mentionnés à l'article L. 612-44-II du code monétaire et financier,
- porte à la connaissance du Conseil d'Administration et, en tant que de besoin, de l'autorité de contrôle (ACPR) les vérifications auxquelles il a procédé dans le cadre de ses attributions,
- signale dans son rapport annuel à l'Assemblée Générale les irrégularités et inexactitudes éventuelles qu'il aurait pu relever au cours de l'accomplissement de sa mission. Le rapport annuel est transmis à AGMF Prévoyance en qualité de substituant.

SECTION 4 – FONDS D'ÉTABLISSEMENT

ARTICLE 61 MONTANT DU FONDS D'ÉTABLISSEMENT

Le fonds d'établissement est fixé conformément aux dispositions du code de la mutualité.

Le calcul du fonds d'établissement est déterminé selon les modalités prévues par la réglementation en vigueur.

Son montant pourra être augmenté par la suite, suivant les besoins, par décision de l'Assemblée Générale statuant dans les conditions de l'article 19 - I des présents statuts, sur proposition du Conseil d'Administration.

TITRE III

INFORMATION DES ADHÉRENTS

ARTICLE 62 ÉTENDUE DE L'INFORMATION

Chaque adhérent reçoit gratuitement à l'occasion de son adhésion un exemplaire des statuts, des règlements mutualistes et des notices de contrats collectifs. Les modifications de ces documents sont portées à sa connaissance.

Il est informé :

- des services d'action sociale auxquels il peut avoir accès,
- des organismes auxquels la Mutuelle adhère ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent.

TITRE IV

DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 63 SUBSTITUTION

La Mutualité Familiale du Corps Médical Français est intégralement substituée par l'Union AGMF Prévoyance.

A ce titre, conformément à l'article L 211-5 du Code de la mutualité, AGMF Prévoyance dispose d'un pouvoir de contrôle à l'égard de cette Mutuelle, y compris en ce qui concerne sa gestion, qui comporte une autorisation préalable du Conseil d'AGMF Prévoyance, pour la fixation des prestations et des cotisations, pour la désignation du Dirigeant Opérationnel, pour la politique salariale et de recrutement, pour les plans de sauvegarde de l'emploi, pour la conclusion de contrats d'externalisation de prestations, pour la conclusion par la Mutuelle d'opérations d'acquisition ou de cession d'immeubles par nature, d'acquisition ou de cession totale ou partielle d'actifs ou de participations, de constitution de sûretés et d'octroi de cautions, avals ou garanties.

En cas de carence de la Mutuelle pour fixer ces paramètres, ils sont déterminés par l'Union AGMF Prévoyance.

ARTICLE 64 DISSOLUTION VOLONTAIRE ET LIQUIDATION

En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution de la Mutuelle est prononcée par l'Assemblée Générale statuant dans les conditions de l'article 19 - I des statuts.

L'Assemblée Générale règle le mode de liquidation et nomme un ou plusieurs liquidateurs qui peuvent être pris parmi les membres du Conseil d'Administration.

La nomination des liquidateurs met fin au pouvoir des administrateurs et des membres de la commission d'audit statutaire.

L'Assemblée Générale régulièrement constituée conserve pour la liquidation les mêmes attributions qu'antérieurement. Elle confère, s'il y a lieu, tous pouvoirs spéciaux aux liquidateurs, elle approuve les comptes de la liquidation et donne décharge aux liquidateurs.

L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu, par décision de l'Assemblée Générale statuant dans les conditions prévues à l'article 19 - I des présents statuts, à d'autres mutuelles, unions ou fédérations, le fonds de solidarité et d'action mutualistes mentionné à l'article L. 421-1 du Code de la mutualité, ou le fonds de garantie mentionné à l'article L. 431-1 du même code. À défaut de dévolution, par l'Assemblée générale ayant prononcé la dissolution, de l'excédent de l'actif net sur le passif, celui-ci est affecté au fonds de garantie mentionné à l'article L. 431-1 dudit code.

LA MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

34 boulevard de Courcelles Paris 17^e.

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité. SIREN 784 180 044
Fondée en 1894 substituée par AGMF Prévoyance, Union de Mutuelle soumise aux dispositions du livre II
du code de la Mutualité dont le siège est situé 34, boulevard de Courcelles Paris 17^e,
immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° 775 666 340.





STATUTS

Version mise à jour au 1^{er} septembre 2018

34, BOULEVARD DE COURCELLES - 75017 PARIS
TÉL. : 01 40 54 54 41 - WWW.MUTUELLE.ORG

Article 1^{er} - CONSTITUTION - DENOMINATION

Il est fondé entre les signataires des présents statuts et tous les futurs adhérents de l'Association, une association régie par la loi du 1^{er} Juillet 1901 et le décret du 16 Août 1901, ayant pour titre :

“Association des Professionnels au Service de la Médecine”

et pour SIGLE : **“A.P.S.M”**

Article 2 - OBJET

La présente Association a pour objet :

- De faire assurer, au bénéfice des Membres de l'association (les “Membres”), la couverture de risques de la vie et de prestations en matière de prévoyance, retraite, et, de manière plus générale, de tous risques assurables sur les biens et les personnes, par la souscription de contrats collectifs au près de mutuelles, ou autres organismes habilités, ou par toutes autres interventions opportunes.
- Et notamment d'être, dans ce cadre et au sens de l'article 1^{er} du Décret n° 94-775 du 5 septembre 1994, un groupement d'adhérents éligibles aux dispositions de la loi “MADELIN” n° 94126 du 11 Février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle, concernant les travailleurs non salariés non agricoles, étendue aux gérants majoritaires de sociétés.
- De gérer, sans s'immiscer dans la prestation d'assurance, directement ou indirectement, tout ou partie des contrats collectifs souscrits par l'Association.
- D'assurer l'information et la formation de ses adhérents et de leur proposer toutes prestations ou toutes interventions propres à favoriser son objectif de solidarité sociale.

Pour mener à bien son objet l'Association peut engager le personnel nécessaire et plus généralement procéder à toute opération financière, mobilière et immobilière et tout acte se rapportant à l'objet social et n'altérant pas son caractère d'Association.

Article 3 - SIEGE SOCIAL

Le siège social est fixé à **PARIS 17^{ème} - 34, boulevard de Courcelles.**

Il pourra être transféré par simple décision du Conseil d'Administration sous réserve de ratification par la plus prochaine Assemblée Générale.

Article 4 - DUREE

L'association est constituée pour une durée indéterminée.

Article 5 - LES MEMBRES

L'Association comprend 2 catégories de Membres :

5.1 - Les Membres Actifs :

Il s'agit des personnes physiques ou morales qui adhèrent à l'Association et qui auront acquitté la cotisation fixée par le Conseil d'Administration.

Si le Membre Actif souhaite, sous sa responsabilité, bénéficier des dispositions de déductibilité fiscale de la Loi Madelin, il lui appartient, toujours sous sa responsabilité, de s'assurer qu'il remplit les conditions requises par l'article 2 du décret d'application de ladite loi “MADELIN”.

5.2 - Les Membres Actifs Statutaires :

Il s'agit des Membres de l'Association remplissant les conditions pour être Membres Adhérents Actifs et faisant partie du Conseil d'Administration de la Mutualité Familiale du Corps Médical Français (MFCMF), aussi désignée “La Mutuelle du Médecin”, dont le siège est à PARIS 17^{ème} - 34, boulevard de Courcelles, régie par le Code de la Mutualité, immatriculée sous le numéro SIRET 784 180 044 00017, et agréée sous le numéro 075 1445 0.

Le Conseil d'Administration de la Mutualité Familiale du Corps Médical Français (MFCMF) est en effet le fondateur de la présente Association, qu'il a, à l'origine, souhaité voir créer afin de permettre à ceux de ses propres adhérents qui y sont éligibles et qui le souhaitent de bénéficier des dispositions de la susdite Loi “MADELIN”.

La qualité de Membre Actif Statutaire se perd par la cessation du Mandat d'Administrateur de l'intéressé, lequel devient alors automatiquement Membre Actif.

Son successeur au Conseil d'Administration de la MFCMF devient, sous réserve de remplir, en outre, les conditions pour pouvoir être admis Membre Actif, Membre Actif Statutaire. Il en est de même de tout nouvel élu au Conseil d'Administration de la MFCMF.

5.3 - Outre ces conditions, les conditions d'adhésion à la présente Association, qu'il s'agisse des Membres Actifs Statutaires ou des Membres Actifs, sont les mêmes que celles requises pour adhérer à la MFCMF.

L'adhésion à l'Association implique, outre le paiement des cotisations, le respect des statuts, ainsi que l'engagement formel de respecter l'objet de l'Association, et notamment sa vocation de solidarité sociale.

Article 6 - ADMISSION - DISPOSITIONS COMMUNES AUX MEMBRES

Pour faire partie de l'association il faut être agréé par le Bureau qui statue, lors de chacune de ses réunions, sur les demandes d'admission présentées.

Le Bureau peut déléguer, à titre ponctuel ou général, l'agrément de l'alinéa précédent, au Président, qui peut à son tour se substituer, à son libre choix, tout autre membre du Conseil d'Administration ou tout salarié de l'Association ou de la MFCMF.

La participation à l'Association implique l'engagement de verser chaque année la cotisation d'adhésion.

Les noms, qualité, dénomination ou raison sociale des Membres Actifs Statutaires sont consignés sur un registre.

Les noms, qualités, dénomination ou raison sociale des autres Membres Actifs sont consignés à la suite de ceux des Membres Actifs Statutaires sur ce registre qui précise, s'il s'agit de personnes morales, les noms et qualités de la ou des personnes habilitées à les représenter.

Article 7 - RADIATION

La qualité de membre se perd par :

- a) la démission,
- b) le décès du membre,
- c) la radiation prononcée par le Conseil d'Administration pour non-paiement de la cotisation ou pour motif grave, l'intéressé ayant, dans ce seul dernier cas, été invité par lettre recommandée à présenter devant le Conseil d'Administration des explications,
- d) La perte de la qualité ayant permis l'inscription.

Article 8 - RESSOURCES - TENUE DES COMPTES

8.1 - RESSOURCES

Les ressources de l'association comprennent :

a) le montant des cotisations

Les cotisations annuelles de membres sont payables dans le mois de l'adhésion ou de l'appel de cotisation.

Si le Conseil d'Administration ne statue pas sur le montant de la cotisation annuelle, celle-ci reste fixée au montant de la cotisation de l'année précédente.

La cotisation est due pour l'année, quelle que soit la date d'adhésion.

Outre les cotisations ci-dessus, chaque membre paye, concomitamment, des primes variables en fonction du risque couvert, lesquels primes étant appelables par l'Association ou l'Organisme à qui elle aurait délégué la gestion du ou des Contrats Collectifs, ou directement par l'Assureur auprès duquel a ou ont été souscrits par l'Association, le ou les Contrats Collectifs concernés.

Ces primes d'Assurance, dès lors qu'il s'agit de contrats visés par la susdite Loi Madelin, devront répondre aux conditions prévues à l'article 4 de son décret d'application n° 94-775 du 5 Septembre 1994, sans préjudice de la responsabilité de chaque adhérent de s'assurer, s'il échet, qu'il respecte les conditions pour être éligible à la déductibilité.

b) les subventions de l'Etat, des départements et des communes

c) La rémunération éventuelle découlant de frais administratifs ou de frais de gestion ou de services rendus

d) Le revenu de ses biens

8.2 - TENUE DES COMPTES - APPROBATION DES COMPTES ET DU BUDGET

a) Il est tenu une comptabilité à partie double, conformément aux dispositions du Plan Comptable Général sous réserve des adaptations rendues nécessaires par l'objet de l'Association et le régime applicable aux Associations déclarées.

L'exercice comptable commence le premier janvier et se termine le trente et un décembre de chaque année.

b) Le compte de gestion, le compte de résultats et le bilan, le rapport du censeur, le cas échéant, sur la gestion financière de l'Association pour l'exercice écoulé, ainsi que le projet du budget du nouvel exercice doivent être soumis à l'approbation du Conseil d'Administration dans le courant du semestre suivant la clôture de l'exercice.

Article 9 - CONSEIL D'ADMINISTRATION

a) L'association est dirigée par un Conseil d'Administration composé de 6 à 12 Membres en activité élus pour 6 années par l'Assemblée Générale. Les membres sont rééligibles.

Les limites d'âge sont les mêmes que celles prévues pour les Administrateurs par le Code de la Mutualité et les statuts de la MFCMF.

Un Administrateur atteignant la limite d'âge en cours de mandat peut finir son mandat. Le Conseil comprend au moins deux Membres Actifs Statutaires.

Le Collège des Membres Actifs Statutaires, statuant à la majorité simple de ses Membres présents ou représentés à l'Assemblée, dispose d'un droit de veto à ladite Assemblée sur toute élection d'Administrateur.

b) Le Conseil d'Administration choisit parmi ses membres, au scrutin secret, un bureau composé de:

- un Président, obligatoirement choisi parmi les Administrateurs Membres Actifs Statutaires.
- un ou plusieurs Vice-présidents,
- un Secrétaire Général et, s'il y a lieu, un Secrétaire Général Adjoint,
- un Trésorier, et, si besoin est, un Trésorier Adjoint. Le Conseil n'est pas tenu de pourvoir tous les postes.

En cas de vacances, le Conseil peut pourvoir provisoirement au remplacement de ses membres par cooptation.

Il est procédé à leur remplacement définitif par la plus prochaine Assemblée Générale. Les pouvoirs des membres ainsi cooptés prennent fin à l'époque où devait normalement expirer le mandat des membres remplacés.

Article 10 - REUNION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION - ATTRIBUTION - POUVOIRS - PRESIDENCE

10.1 - RÉUNION

Le Conseil d'Administration se réunit chaque fois qu'il est convoqué par son Président, par tous moyens, et au moins une fois tous les ans, ou, sur la demande écrite adressée au Président, par au moins le tiers de ses Membres ou la moitié des Membres de l'Association.

L'ordre du jour de chaque réunion est établi par le Président.

Pour la validité des délibérations, la présence ou représentation de la moitié au moins des Membres du Conseil d'Administration est nécessaire, ainsi que d'au moins un Membre du Conseil d'Administration Actif Statutaire.

Les Membres absents peuvent être représentés par un mandataire nécessairement lui-même Membre du Conseil d'Administration, le nombre de mandats étant limité à deux par Administrateur Mandataire.

Cette limite n'est pas opposable aux Membres du Conseil Actifs Statutaires.

Le Mandat visant un Membre du Conseil d'Administration Actif Statutaire ne peut être conféré qu'à un autre Membre du Conseil d'Administration Actif Statutaire.

Si ce quorum n'est pas atteint lors de la première convocation, le Conseil sera à nouveau convoqué en respectant le délai de quinze jours francs, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée individuellement à chaque membre.

Lors de la seconde réunion, le Conseil d'Administration délibérera valablement quel que soit le nombre des Membres présents ou représentés, sous réserve de la présence d'au moins un Membre du Conseil d'Administration Actif Statutaire.

Le Président du Conseil d'Administration préside la séance.

En cas d'absence ou de représentation du Président, le Conseil d'Administration de Séance désigne un Président.

Les décisions sont prises à la majorité des votants. La voix du Président de séance est prépondérante en cas de partage.

Il est tenu un Procès verbal des séances. Ce procès verbal indique le nom des Administrateurs présents, excusés, absents ou représentés.

Il fait état de la présence ou de l'absence de toute personne spécialement convoquée à la réunion.

Les procès verbaux sont signés par le Président de séance et par le Secrétaire ou un autre Membre du Conseil d'Administration. Ils sont transcrits sur un registre coté et paraphé par le Préfet ou son Délégué. Le Président peut en délivrer des copies qu'il certifie conformes et qui font foi vis à vis des tiers.

Tout Membre du Conseil qui, sans excuse, n'aura pas assisté à trois réunions consécutives, pourra être considéré comme démissionnaire sur décision du Conseil.

L'Assemblée Générale peut décider de l'octroi, identique pour tous les Membres, d'une vacation payable à chaque participant PRESENT physiquement, pour couvrir forfaitairement ses frais de participation.

Nul ne peut faire partie du Conseil s'il n'est pas majeur et capable.

10.2 - ATTRIBUTIONS ET POUVOIRS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'Administration surveille la gestion des Membres du Bureau et a toujours le droit de se faire rendre compte de leurs actes.

De manière non exhaustive, le Conseil d'administration

- Fixe les indemnités qui peuvent être allouées aux Membres du Bureau ou, à titre exceptionnel à d'autres Membres du Conseil d'Administration, dans les deux cas, en cas de mission permanente ou spécifique, pour leurs sujétions et leurs frais, sans que ces indemnités puissent avoir le caractère d'un traitement, toute fonction élective dans l'Association étant bénévole.

Dans tous les cas, les sommes ci-avant allouées doivent faire l'objet d'un poste budgétaire ratifié lors de la plus prochaine Assemblée Générale.

- Autorise, le Président, le Vice-président et le Trésorier :
- à faire tous achats, emprunts, aliénations ou locations nécessaires au fonctionnement de l'Association,
- à faire toutes aliénations reconnues nécessaires des biens et valeurs appartenant à l'Association,

- à constituer en tant que de besoin des hypothèques sur des immeubles appartenant à l'Association,
- à négocier les contrats collectifs d'Assurance, lesquels devront, avant signature, être agréés par le Bureau.

Le Conseil d'Administration a seul qualité pour:

- fixer le mode et le montant des cotisations,
- arrêter chaque année les comptes de l'exercice clos et le projet de budget.

Il peut consentir au Bureau toute délégation de pouvoir.

Il pourra décider la création de bureaux annexes dont il fixera les modalités de fonctionnement.

10.3 - RÔLE DU PRÉSIDENT

Le Président convoque le Bureau, le Conseil d'Administration et l'Assemblée Générale.

Il représente l'Association dans tous les actes de la vie civile et est investi de tous pouvoirs à cet effet.

Il fait ouvrir pour le compte de l'Association, dans toute banque française ou étrangère ou à la Poste, tous comptes-courants et d'avance sur titres et peut établir ou faire établir tous chèques et effets pour le fonctionnement de ces comptes.

Il est l'autorité hiérarchique supérieure de tout le personnel de l'Association qu'il a tout pouvoir d'embaucher ou licencier.

Il peut, avec l'accord du Conseil d'Administration, donner délégation pour une question déterminée et un temps limité, à un Membre du Conseil ou à un tiers salarié ou non.

Il a notamment qualité pour ester en justice, tant au nom de l'Association, comme défendeur, que comme demandeur.

Il peut former, dans les mêmes conditions, tous appels ou pourvois, mais ne peut transiger qu'avec l'autorisation du Conseil d'Administration.

En cas de représentation en justice, le Président ne peut être suppléé par un mandataire, Membre du Conseil d'Administration, agissant en vertu d'une délégation spéciale donnée par le Président.

Il préside toutes les Assemblées.

En cas d'absence ou de maladie, il est remplacé par le vice-président ou à défaut, par le Membre le plus ancien du Bureau dans sa fonction audit Bureau, ou, en cas d'ancienneté égale, par le plus âgé.

Le Président peut, sans préjudice des dispositions relatives aux actions en justice déléguer ses pouvoirs à

toute personne de son choix.

Comme tous les Membres du Bureau, le Président peut recevoir des indemnités de sujétion et se voir couvrir sur justificatif de ses frais.

Article 11 - CENSEUR

Sur proposition du Bureau, le Conseil d'Administration élit un censeur à la majorité des Membres présents ou représentés, avec l'accord préalable sur les candidatures de la moitié au moins des Membres Actifs Statutaires, Membres du Conseil d'Administration.

Le censeur est une personne physique ou morale choisie en dehors des Membres, qui a pour mission de présenter chaque année un rapport général et financier sur la Gestion de l'Association lors de l'Assemblée Annuelle.

Article 12 - ASSEMBLEE GENERALE ANNUELLE

L'Assemblée Générale se compose de tous les Membres à jour de leurs cotisations.

Les décisions régulièrement prises par l'Assemblée Générale dans les conditions indiquées ci-après obligent la totalité des Membres de l'Association.

12.1 - ORDRE DU JOUR - CONVOCATIONS

a) L'ordre du jour de toute Assemblée est établi par le Bureau, un ordre du jour complémentaire pouvant être ajouté sur demande de la moitié au moins des Membres Actifs Statutaires.

b) Les convocations rappelant l'ordre du jour arrêté par le Bureau, sont adressées à tous les Membres, par lettre simple quinze jours au moins, sauf urgence, avant la date prévue pour la réunion. Dans ce même délai, la convocation pourra faire l'objet également, en plus ou en remplacement de la lettre, d'un avis paraissant dans un journal d'annonces légales du ressort du siège de l'Association ou dans un Journal professionnel médical de parution nationale régulièrement publié depuis au moins cinq années consécutives.

c) Les Assemblées se réunissent au siège ou en tout autre lieu expressément désigné dans la convocation.

d) Lorsqu'il y a une réunion de l'Assemblée les Membres empêchés d'y assister personnellement, peuvent se faire représenter par un autre Membre au moyen d'un pouvoir écrit. Nul Membre ne peut détenir plus de cinq mandats.

Cette limitation à cinq mandats, n'est toutefois pas opposable aux Membres Actifs Statutaires qui peuvent détenir un nombre illimité de mandats d'autres Membres, qu'ils soient Actifs ou Actifs Statutaires.

Toutefois, pour toute expression de vote ne visant qu'un seul Collège, le Membre mandataire ne s'exprimera dans ce Collège que pour les mandants eux-mêmes Membres de ce Collège.

En outre, un Membre Actif ne peut pas représenter un Membre Actif Statutaire. Le mandat donné vaut pour toutes Assemblées successives convoquées avec le même ordre du jour.

e) Les Membres peuvent aussi voter par correspondance aux Assemblées, au moyen d'un formulaire de vote par correspondance, soit adressé avec la convocation de l'Assemblée, soit, ultérieurement, à leur demande.

Toute abstention sur une résolution équivaut à un vote défavorable de la résolution.

Toute mention sur le bulletin de vote, autre que l'expression du vote selon la forme préconisée, rend nul la totalité du bulletin de vote, l'intéressé étant décompté comme n'ayant pas participé à l'Assemblée.

Le formulaire de vote par correspondance peut, le cas échéant, figurer sur le même document que la formule de vote par procuration, sous réserve qu'un seul de ces modes de vote ne soit exercé, à défaut de quoi le document est d'office considéré comme un vote par correspondances.

Il en est de même si un même Membre renvoie deux formules, une de vote par correspondance et une de vote par procuration.

Dans tous les cas, la participation effective d'un Membre à une Assemblée rend caduque tout formulaire reçu de sa part par l'Association avant l'Assemblée.

Doivent être annexés au formulaire de vote par correspondance, adressés aux Membres, les documents permettant d'exercer en bonne connaissance de cause leur choix de vote.

Le formulaire de vote par correspondance adressé à l'Association, qui, comme pour le formulaire de vote par procuration, doit être reçu par l'Association au plus tard à l'ouverture de l'Assemblée, vaut pour les Assemblées successives convoquées avec le même ordre du jour.

f) Au début de chaque séance, il est établi une feuille de présence émarginée par tous les participants à l'Assemblée agissant tant en leur nom personnel que comme mandataire d'associés empêchés.

La feuille de présence avec, en annexe les pouvoirs délivrés aux mandataires est définitivement arrêtée par le Bureau pour appréciation des conditions de quorum.

g) Les Assemblées sont présidées par le Président du Conseil d'Administration ou, à défaut, par le Membre que l'Assemblée désigne comme Président de Séance.

12.2 - PROCÈS VERBAUX

Les procès verbaux de délibérations des Assemblées, sont transcrits par le Secrétaire, ou à défaut, par un autre Membre du Bureau, sur un registre spécial coté et paraphé et sont signés par deux Membres du Bureau.

Le Président du Conseil peut en délivrer des copies qu'il certifie conformes. Lesquelles font loi vis à vis des tiers.

12.3 - FONCTIONNEMENT

a) Initiative

L'Assemblée Générale est convoquée par le Président ou par toute personne qu'il se substitue:

- à l'initiative du Président,
- ou à la demande du Bureau,
- ou à la demande du Conseil d'Administration,
- ou à la demande de la moitié au moins des Membres Actifs Statutaires,
- ou à la demande des deux tiers au moins des Membres Actifs.

L'ordre du jour est fixé par le Bureau ou, à défaut, par celui qui est à l'initiative de la convocation.

b) Compétence

b.1 - L'Assemblée Générale entend les comptes-rendus qui ont été élaborés depuis la dernière Assemblée Générale sur la gestion du Conseil d'Administration et sur la situation financière et morale de l'Association ainsi que les rapports du Censeur, le cas échéant, sur la gestion financière de l'exercice ou des exercices écoulés, qui ont été établis depuis cette date ou sur tout événement susceptible d'être rapporté à l'Assemblée.

L'Assemblée Générale est compétente pour toute question qui n'est pas exclusivement réservée à un autre organe de l'Association.

b.2 - Elle statue dans les conditions prévues au d) ii du présent article sur :

- La modification des statuts,
- La dissolution de l'Association et/ou l'attribution de ses biens à une autre Association,
- La fusion ou la scission de l'Association et/ou l'apport de ses biens à une autre Association,
- Le choix de la ou des Compagnies d'Assurance ou Mutuelles avec lesquelles l'Association souhaite contracter sauf s'il s'agit de la MFCMF, laquelle est agréée par principe du fait des présents statuts sans qu'il soit besoin d'autorisation de l'Assemblée.

- L'apport de portefeuille d'adhérents à un organisme d'Assurance ou à une autre Association ou un autre Groupement qu'elle qu'en soit la forme.

c) Documents à communiquer ou à tenir à disposition au siège social

- Les Rapports de gestion du Conseil d'Administration et sur la situation financière et morale de l'Association ainsi que le rapport du Censeur, le cas échéant,
- Les différents autres Rapports soumis à l'Assemblée,
- Le texte des Projets de résolution,
- Selon l'ordre du jour, tout autre document opportun, dont les comptes sociaux.

d) Majorité requise pour les délibérations

i. Les délibérations de l'Assemblée Générale ne sont valables que si elles recueillent la majorité des voix des Membres présents ou représentés, il n'y a pas de quorum minimum.

ii. En cas de désaccord de la moitié au moins des Membres Actifs Statutaires présents ou représentés à l'Assemblée sur une décision ou en cas de décision visée au b.2. ci-dessus, l'Assemblée délibère à la majorité des deux tiers des voix des Membres présents ou représentés.

Article 13 - CAPACITE JURIDIQUE

Conformément à l'article 5 de la loi du 1^{er} Juillet 1901, afin d'obtenir la capacité juridique, l'Association a été rendue publique par déclaration à faire à la Préfecture.

En conséquence, elle peut sans autorisation spéciale, ester en justice, acquérir tous immeubles nécessaires à son administration et à son fonctionnement, contracter tous baux avec ou sans promesse de vente, édifier ou modifier toutes constructions et, d'une façon générale, administrer en se conformant aux lois et règlements.

Elle pourra, en outre, contracter tous emprunts dans les formes et les conditions qui seront déterminées par le Bureau.

Article 14 - REGLEMENT INTERIEUR

Un règlement intérieur peut être établi en tant que besoin par le Bureau.

Ce règlement détermine, s'il existe, les formes et procédures propres à assurer l'exécution des présents statuts ou les modalités d'accomplissement des opérations constituant l'objet de l'Association et, notamment celles qui ont trait à l'Administration interne de l'Association et à sa gouvernance.

Article 15 - LIQUIDATION

En cas de dissolution volontaire ou juridique, l'Assemblée Générale:

- statue sur la dissolution,
- désigne un ou plusieurs Commissaires Liquidateurs qui sont chargés de sa liquidation,
- désigne les Associations déclarées ayant un objet similaire ou comparable à celui de l'Association, qui recevront le reliquat de l'actif après paiement de toutes dettes et charges de l'Association et de tous frais de liquidation.

En aucun cas, l'actif ne pourra être réparti entre les Membres composant l'Association. Il devra être attribué à une Association ayant un objet similaire ou comparable à celui de l'Association dissoute.

La dissolution devra faire l'objet d'une déclaration à la Préfecture du département du siège social.

Article 16 - FORMALITES - PUBLICATIONS

Le Président au nom du Conseil d'Administration, ou le Membre du Bureau chargé de la représentation de l'Association, est chargé de remplir toutes les formalités de déclaration et autres publications prescrites par la loi du 1^{er} Juillet 1901 et le décret du 16 Août 1901 et relatives aux modifications qui seraient régulièrement apportées aux statuts ou aux organes de l'Association.

Tous pouvoirs sont donnés au porteur d'expédition ou d'extrait, soit des présents statuts, soit des délibérations de l'Assemblée ou du Conseil, pour faire toutes déclarations, publications, formalités, prescrites par la loi.

Les statuts, signés par tous les Membres lors de la Constitution, sont signés par deux Membres du Conseil d'Administration au moins lors des Mises à jour ultérieures.

Statuts mis à jour au 1^{er} septembre 2018

Le Président
Docteur Marc DOUCHET