

Notice d' INFORMATION

DISPOSITIONS RELATIVES À LA CONVENTION D'ASSURANCE

1. Objet de la garantie	p. 2	6. Modification de la convention d'assurance	p. 8
2. Date d'effet et durée du contrat d'assurance	p. 2	7. Organisme de contrôle	p. 8
3. Définitions	p. 2	8. L'immatriculation des intermédiaires en assurance	p. 8
4. Information	p. 7	9. Prescription	p. 8
5. Droit de renonciation dans le cadre de la vente à distance	p. 7	10. Droit de communication et de rectification	p. 9

VOTRE ADHESION

1. Groupe assurable	p. 9	7. Révision du tarif	p. 12
2. Formalités préalables	p. 10	8. Mode de paiement des cotisations	p. 12
3. Effet, durée et renouvellement	p. 10	9. Défaut de paiement des cotisations	p. 12
4. Résiliation	p. 10	10. Suspension – Déchéance - Subrogation	p. 12
5. Changement d'option	p. 11	11. L'examen des réclamations	p. 12
6. Paiement et variation des cotisation	p. 11		

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTE

1. Prestations garanties	p. 13	7. Documents à fournir	p. 19
2. Exclusions : ne donnent pas lieu à prestations	p. 15	8. Litige médical	p. 19
3. Les limitations de garanties	p. 16	9. Charge de la preuve	p. 19
4. Etendue territoriale des garanties	p. 16	10. Tableau des garanties	p. 19
5. Formalités des règlements des prestations Pièce nécessaires à l'obtention des prestations	p. 16	11. Les services d'assistance	p. 22
6. Délai de déclaration des sinistres	p. 18		

L'association PRC SANTE – association régie par la loi du 1er juillet 1901 (n° W751124965) - Season, 39 rue Mstislav Rostropovitch 75815 Paris cedex 17, a souscrit auprès de QUATREM - SA au capital de 510 426 261 euros régie par le code des assurances - 21 rue Laffitte 75009 Paris - 412 367 724 RCS Paris - Société du groupe Malakoff Humanis - les contrats d'assurance de groupe « Complémentaire Frais de Soins » Viv'SANTÉ à adhésion individuelle facultative n° 0030329 00001 001, 0030329 00001 002, 0030329 00001 003, 0030329 00002 001, 0030329 00002 002, 0030329 00002 003, 0030329 00003 001, 0030329 00003 002, 0030329 00003 003, régis par le Code des assurances. Janvier 2023

VIVINTER est une marque du Groupe DIOT-SIACI - Société de Courtage d'Assurance et de Réassurance. Siège social : Season - 39, rue Mstislav Rostropovitch - 75815 Paris cedex 17 – France. SAS - Capital : 120 555 961,60 € - RCS Paris 572 059 939 RCS Paris - APE 6622 Z - N° TVA : FR 54 572 059 939. N° ORIAS : 07 000 771 (orias.fr) - Sous le contrôle de / Regulated by ACPR - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09 - France. Réclamations / Complaint : SIACI SAINT HONORE - Service réclamations - 23, allées de l'Europe - 92587 Clichy cedex - France.

DISPOSITIONS RELATIVES À LA CONVENTION D'ASSURANCE

Pour l'application de la présente notice d'information, on entend par :

- **L'ASSUREUR**

La société QUATREM - SA au capital de 510 426 261 euros régie par le code des assurances - 21 rue Laffitte 75009 Paris - 412 367 724 RCS Paris - Société du groupe Malakoff Humanis.

- **LE SOUSCRIPTEUR**

L'Association PRC SANTE – association loi 1901 – Season, 39 rue Mstislav Rostropovitch 75815 Paris cedex 17, n° W751124965.

- **LE GESTIONNAIRE**

La gestion des contrats « Complémentaire Frais de Soins » Viv'Santé est confiée à la société SIACI SAINT HONORE agissant sous la marque VIVINTER.

- **L'ADHÉRENT**

Toute personne physique qui adhère à l'Association PRC SANTÉ et à un contrat d'assurance « Complémentaire Frais de Soins » Viv'Santé.

- **L'ASSURÉ**

Toute personne admise au bénéfice de l'assurance, qu'il s'agisse de l'Adhérent signataire de la demande d'adhésion ou d'un membre de sa famille nominativement désigné au bulletin d'adhésion.

- **LE BÉNÉFICIAIRE**

Toutes personnes qui bénéficient des garanties « Complémentaire Frais de Soins » et qui sont alors désignées sur le bulletin d'adhésion.

1. Objet de la garantie

Faire bénéficier les Adhérents, leur conjoint à charge et leurs enfants à charge de la prise en charge des frais de soins occasionnés par une maladie, la maternité ou un accident garanti dans les conditions déterminées ci-après et au bulletin d'adhésion.

2. Date d'effet et durée du contrat d'assurance

Le contrat d'assurance signé entre l'Association PRC SANTE et l'Assureur QUATREM est conclu à effet du 1er janvier 2018 et se renouvellera ensuite par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année.

3. Définitions

- **ACCIDENT**

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

- **MALADIE**

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Les hernies, efforts, ruptures ou déchirures musculaires, lumbagos, tours de reins, synovites, rhumatismes, gelures, insolation, sont considérés comme des maladies.

- **TRAITEMENT**

Ensemble des actes médicaux, chirurgicaux ou paramédicaux visant à soigner une maladie ou les conséquences d'un accident.

- **SOINS MEDICAUX COURANTS**

Les frais exposés pour maladie ou accident qui n'entrent pas dans le cadre d'une hospitalisation et donnent lieu à remboursement par le Régime Obligatoire.

- **RÉGIME OBLIGATOIRE**

Régime légal de Sécurité sociale auquel est obligatoirement affilié l'Assuré et qui est précisé au bulletin d'adhésion.

- **HOSPITALISATION**

Tout séjour dans un établissement de soins public ou privé dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou de lésions résultant d'un accident, à l'exclusion des séjours dans des maisons de convalescence ou de repos.

L'hospitalisation à domicile et l'hospitalisation de jour sont assimilées aux soins médicaux courants.

- **CAS FORTUIT – CAS DE FORCE MAJEURE**

- Cas fortuit : circonstance provoquée uniquement par le hasard et par conséquent imprévue.

- Cas de force majeure : évènement qu'on ne peut empêcher, auquel on ne peut résister, et dont on n'est pas responsable.

- **TICKET MODÉRATEUR**

La part des frais de soins restant à la charge de l'Assuré après intervention de son Régime Obligatoire, calculée sur la Base de Remboursement du Tarif de Responsabilité et dans le cadre du parcours de soins.

Ce ticket modérateur varie selon la nature des frais engagés. Il peut comprendre une majoration du Ticket Modérateur en cas « d'acte lourd » (actes supérieurs au montant fixé par l'Etat et dont le coefficient est égal ou supérieur à 60).

- **BASE DE REMBOURSEMENT**

Tarif servant de base au remboursement par le Régime Obligatoire des honoraires et des soins dispensés par l'ensemble des professionnels de la santé.

- **TARIF D'AUTORITÉ**

Tarif servant de base au remboursement des honoraires et des soins dispensés par des praticiens non conventionnés.

- **TARIF DE RESPONSABILITÉ**

Tarif arrêté par les Pouvoirs Publics et qui s'applique au remboursement des séjours hospitaliers et à certains autres actes.

- **NOMENCLATURE GÉNÉRALE DES ACTES PROFESSIONNELS (NGAP)**

Norme établie par le Régime Obligatoire, exprimant les actes médicaux sous forme de « lettre-clé ».

- **CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MÉDICAUX (CCAM)**

Nouvelle norme de classification des actes techniques médicaux qui se substitue progressivement à la NGAP.

- **MÉDECIN TRAITANT**

C'est le médecin que l'Assuré a déclaré à sa caisse d'assurance maladie et qui assure la coordination des soins. Il peut orienter l'Assuré vers d'autres professionnels de santé.

- **PARCOURS DE SOINS**

Le patient, s'il est âgé de plus de seize ans, doit consulter son médecin traitant en première intention pour tout acte médical, exception faite pour l'ophtalmologie, la pédiatrie, la gynécologie, le dentaire, et hors cas exceptionnel (éloignement, urgence, absence de votre médecin...).

Le médecin traitant pourra, si besoin, orienter son patient vers un spécialiste ou un généraliste, appelé médecin correspondant.

- **MÉDECIN CORRESPONDANT**

C'est le médecin vers qui le médecin traitant oriente son patient, s'il le juge nécessaire. Le plus souvent, ce médecin est un spécialiste. Avec l'accord du malade, il transmet à son médecin traitant toutes les informations utiles à la bonne coordination de ses soins.

- **ACCÈS DIRECT AUTORISÉ**

Certains médecins peuvent être consultés directement, sans conséquence financière sur les remboursements du Régime Obligatoire. Au 1er janvier 2021, il s'agit des gynécologues, ophtalmologues et psychologues pour les bénéficiaires de moins de 26 ans.

Pour certains actes précisés relevant de leur spécialité, les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients âgés entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés sans orientation préalable du médecin traitant tout en restant dans le parcours de soins coordonnés.

- **HORS PARCOURS DE SOINS**

L'Assuré est hors parcours de soins coordonnés si, âgé de seize ans et plus, il n'a pas déclaré de médecin traitant ou s'il consulte directement un médecin sans avoir vu au préalable son médecin traitant.

Il est moins bien remboursé sauf cas d'urgence, éloignement, absence de son médecin, accès direct autorisé...

- **CATÉGORIES DES MÉDECINS**

Les **praticiens conventionnés** ont adhéré aux conventions nationales conclues entre leur profession et les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Ils peuvent être :

- médecin conventionné en secteur 1 : il s'est engagé à pratiquer les honoraires fixés par la convention dont il dépend et qui correspondent à la base de remboursement du Régime Obligatoire.

- médecin conventionné en secteur 1 avec dépassements permanents (DP) : en raison de ses titres, il a reçu l'autorisation de pratiquer un dépassement de tarif dans certaines conditions. Hors parcours de soins, ces dépassements d'honoraires ne sont pas remboursés par le Régime Obligatoire.

- médecin conventionné en secteur 2 : il est autorisé à pratiquer des honoraires libres qu'il doit fixer avec « tact et mesure ». Les dépassements d'honoraires ne sont pas remboursés par le Régime Obligatoire.

- médecin signataire de l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) : il s'engage à limiter ses dépassements d'honoraires et permet ainsi à son patient d'être mieux remboursé et de limiter son reste à charge. En échange de ce dispositif, le médecin bénéficie de réductions de charge. Les actes concernés sont les consultations, les visites, les actes techniques médicaux, les actes de radiologie, les actes de chirurgie, les actes d'anesthésistes.

Les praticiens non conventionnés : ils ont choisi de se dégager personnellement de la convention passée entre les régimes obligatoires d'assurance maladie et leur profession. Les actes sont remboursés sur la base du tarif d'autorité.

- **DISPOSITIFS DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE**

Dispositifs prévus par une ou plusieurs conventions nationales signée par l'UNOCAM et au moins une des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé, ayant pour objet la maîtrise de leurs dépassements d'honoraires : Contrat d'Accès aux Soins (C.A.S.), Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO spécialité chirurgicale ou de gynécologie-obstétrique).

Les professionnels de santé conventionnés exerçant en secteur 2 ou titulaires d'un droit de dépassement ayant choisi un de ces dispositifs sont consultables sur ameli-direct.fr

- **PARTICIPATION FORFAITAIRE**

Participation déduite automatiquement des remboursements par le Régime Obligatoire, si l'Assuré a plus de dix-huit ans. D'un montant de 1 euro au 1er janvier 2021, elle concerne les consultations de généralistes, de spécialistes, les actes de biologie et de radiologie.

- **FRANCHISES MÉDICALES**

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008 a instauré des franchises laissées à la charge de l'Assuré social par le Régime Obligatoire pour les prestations suivantes :

- les médicaments achetés en pharmacie de ville ou en pharmacie hospitalière, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation (franchise de 0,50 € / boîte au 01/01/2021),
- 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 (franchise de 0,50 € / acte au 01/01/2021),
- les transports effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence (franchise de 2 € / transport au 01/01/2010).

Les franchises sont dues par les Assurés sociaux âgés de 18 ans et plus, dans le cadre d'un plafond annuel unique de 50 € au 01/01/2010, absorbant la totalité des trois franchises médicales.

Les franchises ne s'appliquent pas dans le cadre de l'assurance maternité. Ces franchises interviennent en plus de la participation forfaitaire.

- **FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER**

Le forfait journalier hospitalier est pris en charge pour les seuls établissements hospitaliers mentionnés à l'article L174-4 du code de la sécurité sociale, à l'exclusion des établissements médico-sociaux définis à l'article L.312-1 I-6 du code de l'action sociale et des familles et à l'article L.174-6 du Code de la sécurité sociale (Maison d'Accueil Spécialisées, maisons de retraite, EHPAD, unités ou centres de soins de longue durée...)

- **FORFAIT PATIENT URGENCE**

La loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2021 a prévu la mise en place du forfait patient urgence pour les passages aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.

Désormais, la facturation est modifiée et fixée forfaitairement quels que soient les actes et soins médicaux. Le remboursement est réalisé dans les mêmes conditions que l'était celui du ticket modérateur.

- **DISPOSITIF MON PSY**

La loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2022 prévoit la prise en charge de séances d'accompagnement psychologique dans le cadre du dispositif « Mon Psy ».

Depuis le 5 avril 2022, votre contrat rembourse le ticket modérateur des séances effectuées dans le cadre de ce dispositif.

- **CONTRAT RESPONSABLE**

- 1) **Nature du contrat**

Les garanties de **votre contrat respectent les obligations minimales et maximales légales et réglementaires** de prise en charge conformément aux dispositions du **contrat responsable** prévues aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale et de la **couverture minimale** prévues aux articles L.911-7 et D.911-1 de ce même code.

Ainsi, le contrat assure obligatoirement :

- la **prise en charge du ticket modérateur** pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par la Sécurité sociale, à l'exception des frais de cures thermales, des médicaments remboursés à 30 % et à 15 % et de l'homéopathie. **Il couvre notamment à hauteur du ticket modérateur l'ensemble des actes de prévention** pris en charge par la Sécurité Sociale,
- la **prise en charge intégrale du forfait journalier hospitalier**, sans limitation de durée,
- la **prise en charge des frais dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale** dans le respect du plancher de remboursement prévu par la réglementation,
- la **prise en charge des équipements optiques**, dans le respect de planchers et plafonds de remboursement prévus par la réglementation,

- la prise en charge des prestations 100 % santé précisées à l'article 7.3.2 ci-dessous.

Tout équipement optique composé de verres plans ne donne pas lieu à remboursement de notre part, sauf en cas d'atteinte oculaire unilatérale

Si votre contrat prévoit le remboursement des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) ou à l'option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO), il respecte les plafonds de prise en charge prévus par la réglementation.

La liste des praticiens concernés est consultable sur ameli-direct.fr

Toutefois, le présent contrat ne prend pas en charge :

- la participation forfaitaire et les franchises annuelles prévues aux paragraphes II et III de l'article L 160-13 du Code de la sécurité sociale,

- la majoration du ticket modérateur restant à la charge de l'assuré en cas de consultations ou visites d'un médecin effectuées en dehors du parcours de soins coordonnés (sans prescription du médecin traitant ou sans désignation du médecin traitant) en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités,

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

2) Précisions sur l'application du 100% santé

1/ Optique

a. Généralités

Les évolutions suivantes sont entrées en vigueur à depuis le **1^{er} janvier 2020**.

L'équipement optique est composé de deux verres et d'une monture.

Deux classes d'équipement optique sont ainsi définies :

- **L'équipement optique de « classe A »** est sans reste à charge pour l'assuré : cet équipement est remboursé aux frais réels dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens pour l'application du « 100% santé » ;

- **L'équipement optique de « classe B »** : cet équipement est remboursé dans le respect des planchers et plafonds prévus dans le cadre du contrat responsable et dans les limites des garanties mentionnées dans les tableaux de prestations.

Les éléments de ces équipements peuvent être mixés comme suit :

- soit deux verres de « classe A » et une monture de « classe B »,

- soit deux verres de « classe B » et une monture de « classe A ».

Le tableau des prestations mentionnant un **forfait dédié** à chaque composante de l'équipement (verres ou monture), la prise en charge s'effectue donc **dans la limite de ces forfaits pour chaque composante**.

Les verres neutres (c'est-à-dire sans correction dont la dioptrie est égale à 0) sont exclus, hors condition d'appairage.

Les verres simples, complexes ou très complexes sont ainsi définis :

VERRES SIMPLES

- Verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

VERRES COMPLEXES
<ul style="list-style-type: none"> • Verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries, • Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries, • Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à – 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie, • Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries, • Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre – 4,00 et + 4,00 dioptries, • Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries, • Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.
VERRES TRES COMPLEXES
<ul style="list-style-type: none"> • Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries, • Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries, • Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à – 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie*, • Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

*Sphère supérieure à une dioptrie de l-8DI soit -9D

b. Les délais de renouvellement

La périodicité de renouvellement de l'équipement est appréciée à compter de la date de facturation du précédent équipement, ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'assureur, depuis le 1er janvier 2018.

Bénéficiaires concernés	Bénéficiaires de 16 ans et plus	Bénéficiaires de moins de 16 ans
Périodicité de renouvellement de droit commun	2 ans suivant la dernière facturation	<ul style="list-style-type: none"> • 1 an suivant la dernière facturation • 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	1 an pour le renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (2 verres + la monture)	Renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition de verres
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	<ul style="list-style-type: none"> • variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ; • variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre) ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres, en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ; • somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ; • variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ; • variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries • variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries. 	
Constatation de l'évolution de la vue	<ul style="list-style-type: none"> • soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne • soit adaptation de la prescription médicale par l'opticien-lunetier lors d'un renouvellement de délivrance 	Sur présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières	
Périodicité de renouvellement dérogatoire	Aucun délai de renouvellement des verres .
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	Cf. liste des pathologies concernées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 paru au JO du 13 décembre 2018.
Constatation de l'évolution de la vue	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière.

2/ Dentaire

Les évolutions suivantes sont rentrées en vigueur en deux temps : **depuis le 1er janvier 2020** pour une partie des **actes du panier « 100 % santé »**, puis **au 1er janvier 2021 pour le reste des soins prothétiques dentaires**.

Trois paniers de soins prothétiques sont ainsi définis :

- Un panier « **100 % santé** » (les soins prothétiques dentaires concernés sont définis dans l'arrêté du 24 mai 2019) remboursé aux frais réels sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation qui s'imposent aux dentistes ;
- Un panier aux **tarifs maîtrisés / modérés** remboursé sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation et les garanties prévues dans les tableaux de prestations ;
- Un panier aux **tarifs libres** permettant de choisir librement les techniques et les matériaux les plus sophistiqués, remboursé dans la limite des garanties prévues dans les tableaux de prestations.

3/ Aide auditive

Les évolutions suivantes sont entrées en vigueur depuis le 1er janvier 2021.

Deux classes d'équipement auditif sont ainsi définies :

- L'équipement auditif de « **classe I** » sans reste à charge : cet équipement est remboursé aux frais réels sans pouvoir excéder les prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour l'application du 100 % santé ;
- L'équipement auditif de « **classe II** » : cet équipement auditif est remboursé dans les conditions fixées dans les tableaux de prestations, qui respectent le plafond de 1 700 euros prévu dans le cadre du contrat responsable. Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires. En revanche, ce plafond inclut systématiquement la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ;

La prise en charge d'une aide auditive par oreille **est limitée à une aide auditive tous les quatre ans** suivant la date de facturation de l'aide auditive, ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'assureur, depuis le 1er janvier 2017. Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.

- **ANNÉE D'ASSURANCE**

La période de 12 mois consécutifs décomptés à partir de la date de l'échéance principale le 1er Janvier.

- **PRESTATIONS**

Les indemnités prévues à la présente Convention et stipulées au bulletin d'adhésion.

4. Information

Le souscripteur remet à l'Adhérent un exemplaire de la présente Notice d'Information précisant les modalités d'application de la garantie et s'engage à informer l'Adhérent par tout moyen à sa convenance des éventuelles modifications contractuelles susceptibles de survenir, 3 mois avant leur prise d'effet.

5. Droit de renonciation dans le cadre de la vente à distance

Conformément à l'article L 112-2-1 du Code des Assurances, l'Adhérent a reçu les informations pré-contractuelles prévues dans le cadre de la vente à distance : coordonnées de l'entreprise d'assurance, Notice d'Information-extrait des Conditions Générales qui régissent les garanties que l'Adhérent souscrit.

L'Adhérent peut renoncer à son adhésion dans les 14 jours qui suivent, soit la date de signature de la demande d'adhésion, soit la réception du certificat d'adhésion. Ce droit peut être exercé si aucune prestation n'a été demandée au titre de cette adhésion. Il suffit d'adresser à SIACI SAINT HONORE / VIVINTER - Service Cotisations isolées - TSA 700004 - 93414 SAINT-DENIS CEDEX - une lettre recommandée avec demande d'avis de réception rédigée comme suit :

« Je soussigné....., demande à renoncer à mon adhésion au contrat « Complémentaire Frais de Soins » **Viv'Santé** n°XXX et à recevoir le remboursement total de la cotisation déjà versée ».

Le remboursement sera effectué dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée précitée. En cas d'exercice du droit de renonciation, la garantie cesse à la date d'envoi de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou du recommandé électronique.

6. Modification de la convention d'assurance

Le contrat d'assurance « Complémentaire Frais de Soins » **Viv'Santé** sera automatiquement révisé en fonction des évolutions législatives et réglementaires concernant les contrats dits « responsables ».

Le contrat peut également être modifié d'un commun accord entre l'Assureur et l'association PRC SANTE et les nouvelles conditions prennent alors effet le 1er janvier de l'année suivant leur accord, ou avant cette date d'un commun accord.

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

Jusqu'à la date d'effet de cette modification, les dispositions antérieures continuent de s'appliquer aux Adhérents, sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et d'application immédiate. Les Adhérents pourront résilier leur adhésion en raison de ces modifications dans les conditions de l'article L113-4 du Code des Assurances.

Le paiement par l'Adhérent de la nouvelle cotisation vaut acceptation des conditions modifiées.

7. Organisme de contrôle

L'organisme de contrôle des assurances est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris cedex 09.

8. L'immatriculation des intermédiaires en assurance

L'organisme chargé de recenser les personnes physiques ou morales autorisées à exercer l'activité d'intermédiation en assurance est :

L'Organisme pour le Registre des Intermédiaires en Assurance (ORIAS) - 1 rue Jules Lefebvre - 75431 PARIS Cedex 09 - www.orias.fr

9. Prescription

Toute action dérivant du présent contrat est irrecevable au terme d'un délai de deux ans à compter de l'évènement qui lui a donné naissance, selon les dispositions des articles L114-1 et L114-2 du code des assurances qui prévoient :

Article L114-1 « 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 fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré. »

Article L114-2 « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription [reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du code civil), acte d'exécution forcée (article 2244 du code civil), citation en justice, même en référé (article 2241 du code civil) 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 ou par voie électronique 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. »

10. Droit de communication et de rectification

SIACI SAINT HONORE situé à Season, 39 rue Mstislav Rostropovitch 75815 Paris cedex 17 met en œuvre un traitement de données à caractère personnel nécessaire à l'émission d'une offre d'assurance ou d'un contrat, sa gestion et son suivi et à la réalisation des diligences réglementaires en matière de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme. A cet égard, les données collectées sont toutes obligatoires.

Les destinataires de vos données à caractère personnel sont : l'assureur porteur de risques, les différentes entités composant SIACI SAINT HONORE, et les prestataires participant à la gestion du contrat d'assurance.

Vos données à caractère personnel seront conservées pendant toute la durée nécessaire au service de gestion telle que prescrite par les lois applicables en la matière.

Vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de rectification, ou d'effacement ou de limitation ou d'opposition et de portabilité de vos données à caractère personnel ainsi que du droit d'organiser des directives après votre mort.

Vous disposez du droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle en charge de la protection des données personnelles.

Le Délégué à la Protection des Données de SIACI SAINT HONORE est Madame Samanta Le Pont Direction Risques et Conformité Season, 39 rue Mstislav Rostropovitch 75815 Paris cedex 17.

VOTRE ADHESION

1. Groupe assurable

Peut adhérer au contrat d'assurance « Complémentaire Frais de Soins » **Viv'Santé** tout membre de l'Association PRC SANTE ayant la qualité d'ancien salarié d'une entreprise ayant souscrit un contrat groupe « Complémentaire Frais de Soins » par l'intermédiaire de SIACI SAINT HONORE qui répond à l'une des conditions suivantes :

- toutes les personnes à assurer doivent être âgées de moins de 55 ans, au jour de leur demande d'adhésion,
- bénéficiaire d'une rente d'incapacité ou d'invalidité,
- bénéficiaire d'une pension de retraite,
- bénéficiaire d'un revenu de remplacement car privé d'emploi et demandant son adhésion dans les 6 mois suivant la rupture de son contrat de travail.

Ce délai peut être porté à 12 mois pour les anciens salariés licenciés par une entreprise assurée par un contrat groupe obligatoire par l'intermédiaire de SIACI SAINT HONORE et qui, au titre de la portabilité des droits (Article L911.8 du Code de la Sécurité sociale issu de la loi du 16/06/2013 au titre de la loi sur la sécurisation de l'emploi), ont pu bénéficier de garanties pendant au maximum 12 mois.

Peuvent également adhérer au contrat « Complémentaire Frais de Soins » **Viv'Santé**, les personnes garanties du chef de l'Adhérent, désormais décédé, à un contrat groupe « Complémentaire Frais de Soins » souscrit par une entreprise par l'intermédiaire de SIACI SAINT-HONORE, sous réserve qu'elles demandent leur adhésion dans les 6 mois suivant le décès du salarié Adhérent. Peuvent être Assurés au titre du contrat, sous le terme « Bénéficiaire » en plus de l'Adhérent :

- son conjoint,
- son conjoint immatriculé à un Régime Obligatoire d'assurance maladie de son propre chef et ne bénéficiant pas d'un autre régime de prévoyance,
- ses enfants âgés de moins de 18 ans,
- ses enfants de plus de 18 ans et jusqu'à l'âge de 26 ans, moyennant une cotisation adaptée,
- quel que soit leur âge, les enfants s'ils perçoivent une allocation « Adulte Handicapé » sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21e anniversaire.

Lors de l'adhésion, il peut être proposé à l'Adhérent plusieurs formules de garantie. Dans ce cas la formule de garantie retenue doit être identique pour tous les Bénéficiaires.

2. Formalités préalables

En vue de son adhésion, l'Adhérent doit faire parvenir à l'Association PRC SANTE les documents suivants ;

- le bulletin d'adhésion fourni avec la présente Notice d'Information, dûment complété et signé (la présente Notice d'Information étant à conserver),
- un mandat de prélèvement SEPA,
- un RIB (relevé d'identité bancaire), ou RICE (relevé d'identité Caisse d'Épargne),
- l'attestation d'Assuré social de l'Adhérent et celle des Bénéficiaires éventuels mentionnés sur la demande d'adhésion.

En vue d'obtenir la couverture de tout nouvel Assuré (« Bénéficiaire ») de son chef, l'Adhérent doit adresser à VIVINTER - Département Cotisations Isolées - TSA 70004 - 93414 SAINT-DENIS CEDEX - une demande d'adhésion ou demande de modification dûment complétée et signée, accompagnée des pièces demandées.

En cas de changement de domicile ou de modification de la situation familiale, de changement de coordonnées bancaires, de cessation ou de changement d'affiliation à l'un des régimes de Sécurité sociale, l'Adhérent doit adresser à VIVINTER, immédiatement en cours d'exercice, un courrier avec l'indication des changements considérés et leur date de survenance.

3. Effet, durée et renouvellement

L'adhésion individuelle au contrat d'assurance groupe « Complémentaire Frais de Soins » **Viv'Santé** est annuelle et prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion, sous réserve que la première cotisation ait été effectivement payée. Cette date constitue la date de l'adhésion de l'Adhérent au contrat groupe « Complémentaire Frais de Soins » **Viv'Santé**.

Les garanties s'exercent :

- pour les soins consécutifs à un accident, une maladie, une maternité, une infirmité lorsqu'ils sont effectués après la prise d'effet de l'adhésion au contrat,
- pour les hospitalisations, si la date d'entrée dans l'établissement hospitalier est postérieure à la date de prise d'effet de l'adhésion. Ces dispositions s'appliquent également à tout avenant à l'adhésion.

L'adhésion se renouvelle le 1er janvier de chaque année par tacite reconduction. Seuls les frais de soins, dont la date de prescription est postérieure à la date d'ouverture des droits, peuvent donner lieu à une prise en charge. La garantie est viagère dès l'adhésion, sauf cas de non-paiement des cotisations ou fausse déclaration.

4. Résiliation

a. Résiliation annuelle

L'adhérent peut dénoncer son adhésion (et par conséquent celle de l'ensemble de ses ayants droit), selon les mêmes modalités que celles prévues en cas de résiliation du contrat :

- dans un délai d'un mois suivant la réception de la notice d'information établie en cas de modification apportée à leurs droits et obligations
- au plus tard le 31 octobre de la première année d'affiliation (effet au 31 décembre à minuit)
- à tout moment, à compter d'un an d'affiliation au contrat (effet un mois de date à date à compter de la réception)

Lorsque le contrat est résilié, l'adhérent n'est redevable que de la partie de cotisation correspondante à la période pendant laquelle le risque est couvert. Cette période est calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation. Si une fraction de cotisation s'avère avoir été payée d'avance, celle-ci est alors remboursée.

Le souscripteur doit adresser sa demande :

- soit par lettre à VIVINTER Service Cotisations isolées - TSA 70004 - 93414 SAINT-DENIS CEDEX ou tout autre support durable;
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur ;
- soit par acte extrajudiciaire ;
- soit, lorsque l'organisme assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

La résiliation à l'initiative de l'organisme assureur s'effectue par lettre recommandée.

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

b. Résiliation infra annuelle

Les dispositions ci-après s'entendent dans les conditions définies par la loi 2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé et de ses textes d'applications.

L'adhérent peut, après expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription, dénoncer l'adhésion sans frais ni pénalités. La dénonciation de l'adhésion prend effet, à défaut d'accord des parties, un mois après la réception par l'organisme assureur de la notification du souscripteur.

La notification de la dénonciation de l'adhésion peut être effectuée, au choix du souscripteur

1° Soit par lettre à VIVINTER Service Cotisations isolées - TSA 70004 - 93414 SAINT-DENIS CEDEX ou tout autre support durable ;

2° Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur ;

3° Soit par acte extrajudiciaire ;

4° Soit, lorsque l'organisme assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;

5° Soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

Lorsque l'adhésion est dénoncée dans les conditions prévues au contrat, l'adhérent ou le cas échéant l'assuré ne sont redevables que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation.

Dans le cas où l'adhérent souhaite dénoncer l'adhésion conclue pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident afin de souscrire un nouveau contrat auprès d'un nouvel organisme, celui-ci effectue pour le compte de l'adhérent souhaitant le rejoindre les formalités nécessaires à l'exercice du droit de résiliation dans les conditions prévues au contrat. Les organismes intéressés s'assurent de l'absence d'interruption de la couverture des assurés durant la procédure.

La dénonciation à l'initiative de l'organisme assureur s'effectue par lettre recommandée au dernier lieu de résidence connu de l'adhérent, en cas de :

- défaut de paiement des cotisations,

- d'inexactitude dans la déclaration du risque à l'adhésion ou en cours de contrat.

5. Changement d'option

L'Adhérent peut demander à changer de formule de garantie, à effet du 1^{er} janvier suivant, pour des garanties qui peuvent être supérieures ou inférieures à celles en vigueur.

Pour ce faire, l'Adhérent doit en faire la demande au moins deux (2) mois avant l'échéance de renouvellement du 1^{er} janvier.

Toute demande d'augmentation du niveau de garantie entraîne l'impossibilité pour l'Adhérent et ses Bénéficiaires de solliciter ensuite une diminution de niveau de garantie pendant les trois années suivant la modification à la hausse.

6. Paiement et variation des cotisations

La cotisation annuelle est, pour chaque Adhérent, déterminée lors de son adhésion en fonction de la garantie choisie, de son âge à la date de prise d'effet de l'adhésion (l'âge est calculé par différence de millésimes) et du lieu de sa résidence principale. Les fractions de cotisations et frais accessoires dont le montant est mentionné sur le certificat d'adhésion sont payables d'avance par chaque Adhérent qui peut régler ses cotisations trimestriellement ou mensuellement à VIVINTER - Département Cotisations Isolées - TSA 70004 - 93414 SAINT-DENIS CEDEX.

La cotisation est révisée à chaque renouvellement annuel en fonction de l'entrée de chaque Assuré dans la tranche d'âge supérieure.

La cotisation peut, en cas de changement de domicile de l'Adhérent, varier dès la prochaine échéance principale suivant cette modification, lorsqu'il y a changement de zone géographique tarifaire.

Par ailleurs, les cotisations sont indexées chaque année au 1^{er} janvier en fonction de la moyenne des taux d'accroissement de la Consommation Médicale Totale des deux dernières années, tels que publiés dans le rapport annuel des comptes nationaux de la santé. Si de nouvelles dispositions réglementaires ou conventionnelles venaient à modifier les prestations en nature du Régime Obligatoire, Vivinter pourrait proposer à tout moment de l'année un nouveau montant de cotisation pour tenir compte des modifications intervenues et/ou une modification des prestations qui pourraient demeurer pour tout ou partie calculées selon la réglementation en vigueur au jour de la prise d'effet de l'adhésion ou de ses avenants.

7. Révision du tarif

Une évolution des résultats techniques constatée sur une ou plusieurs formules de garanties peut amener l'Assureur à changer les conditions tarifaires. Dans cette hypothèse, l'Association PRC SANTE a la possibilité, dans les trente jours suivant la date où elle a connaissance des nouvelles conditions, de les refuser. Le contrat est alors résilié à sa demande.

L'Assureur ne peut modifier la cotisation individuelle d'un Adhèrent bénéficiaire d'une garantie « complémentaire Frais de Soins ». Toute modification doit intervenir sur une même catégorie de risques ou sur un même contrat.

Dans une telle hypothèse de majoration de la cotisation, l'Adhèrent peut résilier son adhésion dans les quinze (15) jours suivant la date à laquelle il a eu connaissance de cette modification, la résiliation prenant effet un mois après sa notification. L'Adhèrent versera la portion de cotisation calculée sur la base du tarif précédent, au prorata du temps écoulé entre la date du dernier appel de cotisation et la date d'effet de la résiliation.

8. Mode de paiement des cotisations

L'Adhèrent peut bénéficier de modalités de fractionnement du paiement de sa cotisation annuelle. Il a le choix entre des paiements trimestriels ou mensuels. Dans ce dernier cas les paiements incluent un mois de cotisation d'avance.

Les cotisations, y compris les taxes présentes ou futures et contributions éventuelles, sont payables par prélèvement automatique sur compte bancaire ou par virement.

9. Défaut de paiement des cotisations

À défaut de paiement des cotisations dans les délais prévus et après mise en demeure par lettre recommandée non suivie d'effet dans un délai de 40 jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée précitée, l'adhésion est résiliée, sans pour autant libérer l'Adhèrent de l'intégralité des cotisations et frais de poursuite dus.

10. Suspension – Déchéance – Subrogation

Le défaut de paiement de la cotisation entraîne la résiliation de la garantie et les frais de soins et forfaits dont la date se situe durant cette période ne peuvent alors être pris en charge. **En cas de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Adhèrent notamment dans le but d'obtenir des prestations indues, le droit aux prestations et l'adhésion peuvent être annulés, les cotisations échues demeurant acquises à l'Assureur, sans préjudice du droit à poursuivre l'Adhèrent pour récupérer les sommes indûment perçues. QUATREM est, dans la limite des frais de soins remboursés, subrogée de plein droit dans les droits et actions des Assurés victimes d'un accident contre les tiers responsables.**

Selon l'article L113-8, indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L. 132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.

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

Selon l'article L113-9, l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance.

Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'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.

11. L'examen des réclamations

En cas de difficulté sur l'exécution du contrat, l'Adhèrent prend contact avec son interlocuteur habituel.

Si la réponse ne le satisfaisait pas, il pourra adresser sa réclamation par courrier à SIACI SAINT HONORE / VIVINTER, Service Réclamations, TSA 70004 - 93414 SAINT-DENIS CEDEX. Dans ce cas, SIACI SAINT HONORE / VIVINTER s'engage à lui apporter une réponse sous deux (2) mois maximum à compter de la réception de la totalité des éléments afférents à sa réclamation ou, à défaut, à le tenir informé du déroulement du traitement si des circonstances particulières ne permettent pas à SIACI SAINT HONORE / VIVINTER de respecter cet engagement.

Si, un différend éventuel persistait après la réponse apportée, l'Adhérent a la possibilité de saisir dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de sa réclamation écrite à l'organisme assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice. :

- Par courrier à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance : TSA 50110 75441 Paris cedex 09

- Par voie électronique à l'adresse suivante : www.mediation-assurance.org.

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTE

1. Prestations garanties

Les garanties s'exercent :

- pour les soins consécutifs à un accident, une maladie, une maternité, une infirmité lorsqu'ils sont effectués après la prise d'effet de l'adhésion au contrat,

- pour les hospitalisations, si la date d'entrée dans l'établissement hospitalier est postérieure à la date de prise d'effet de l'adhésion. **Seuls les actes pris en charge par la Sécurité sociale donneront lieu à remboursement, sauf dérogation indiquée au tableau des garanties ci-annexé.**

Les prestations garanties sont servies dans les conditions fixées à la présente notice et selon la réglementation des prestations en nature du Régime Obligatoire en vigueur à la date d'adhésion. La nature, le montant et les maxima des prestations sont précisés dans le tableau des garanties.

Le présent contrat d'assurance « Complémentaire Frais de Soins » **Viv'Santé** est conclu dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables », répondant aux dispositions des articles

L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

En cas de maternité, les frais liés à l'accouchement sont remboursés pour toute hospitalisation survenue lorsque la mère est assurée au titre du contrat. Les frais liés aux cures thermales et à l'optique donnent lieu au paiement d'un forfait fixé en fonction de l'option choisie. Le paiement de ce forfait exclut le remboursement de tout autre frais. Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Assuré, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes Assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription. L'Assuré peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix.

LES PRESTATIONS

- **Les remboursements exprimés en %**

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale en vigueur au moment des soins, sous déduction des remboursements de votre Régime Obligatoire.

- **Les remboursements exprimés en forfait**

Certains remboursements sont effectués sous forme d'un « forfait ». Le montant du « forfait » est un maximum soit par an, soit tous les deux ans et par personne bénéficiaire qui s'additionne aux éventuels remboursements de votre Régime Obligatoire.

- **Catégories de frais de soins remboursables**

L'énumération ci-après compose l'intégralité des garanties proposées, la formule retenue par l'Adhérent comportant tout ou partie des actes cités. Le tableau synoptique des différentes formules est reproduit dans la présente notice.

CHIRURGIES – HOSPITALISATION MEDICALE OU CHIRURGICALE

Les frais sont ceux correspondant :

- aux interventions chirurgicales (actes chirurgicaux énumérés dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ainsi que les actes apparaissant dans la classification commune des actes médicaux CCAM) et ayant entraîné une hospitalisation d'au moins 24 heures,

- aux soins postopératoires,

- à l'hospitalisation pour accouchement,

- à l'hospitalisation médicale ou chirurgicale.

Ils doivent avoir été exposés en hôpital, clinique, sanatorium ou préventorium.

Le forfait journalier relatif au séjour dans ces établissements (loi n° 83-25 du 19 janvier 1983) et les frais éventuels de chambre particulière s'ajoutent aux autres frais pour la détermination du montant restant à la charge de l'Adhérent après remboursement de son Régime Obligatoire et de tout autre organisme.

Les consultations externes en établissements hospitaliers publics ou privés ne rentrent pas dans le cadre des séjours hospitaliers. La garantie s'exerce pour les hospitalisations dont la date d'entrée dans l'établissement hospitalier est postérieure à la date d'entrée en vigueur de la garantie.

PROTHESES DENTAIRES ET ORTHODONTIE DENTO-FACIALE

Le remboursement de ces frais est limité à un plafond annuel dont le montant est fixé au tableau des garanties, selon l'option choisie.

ORTHODONTIE NON REMBOURSEE PAR LA SECURITE SOCIALE

Seuls sont pris en charge les traitements orthodontiques diagnostiqués, délivrés, suivis et facturés par un orthodontiste diplômé d'état.

Cet orthodontiste doit être référencé auprès des autorités compétentes.

ACTES DE SPECIALITE

Actes figurant à la CCAM, à la Nomenclature des actes médicaux utilisant les radiations ionisantes et à la Classification Commune des Actes Médicaux versées dans la limite des frais réels et à l'exclusion de tout autre frais.

FRAIS D'OPTIQUE (VERRES, MONTURES, LENTILLES CORNEENNES)

- **Lunettes**

En fonction de la formule de garantie choisie, un forfait par personne est versé pour les équipements (Monture + verres simples ou Monture + verres complexes ou Monture + verres très complexes).

Conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014, le remboursement couvre les frais engagés par période de prise en charge de 2 ans pour un équipement optique composé de deux verres et d'une monture. Cette période est réduite à 1 an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

Ces périodes de prise en charge débutent à la date d'acquisition de l'équipement. Lorsque l'Assuré effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part la monture d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique peut être remboursé est identique.

La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'art. R165 – 1 du code de la Sécurité sociale. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'Assureur.

- **Lentilles remboursées ou non par le Régime Obligatoire**

L'Assureur verse une indemnité forfaitaire dont le montant est fixé, selon la formule de garantie retenue pour les lentilles acceptées ou non par le Régime Obligatoire, ainsi que pour les lentilles jetables. Ce remboursement sera à minima le montant du Ticket Modérateur (TM) pour les lentilles remboursées par la Sécurité sociale.

Ce forfait est annuel et par bénéficiaire.

- **Chirurgie de la myopie**

Dans certaines formules de garanties, un forfait est accordé en présence d'une chirurgie de la myopie non prise en charge par le Régime Obligatoire.

Ce forfait est prévu par œil.

AUTRES ACTES MEDICAUX COURANTS POUR MALADIE, ACCIDENT OU MATERNITE, COMPRENANT NOTAMMENT

- Consultations, Visites,

- Actes pratiqués par des Auxiliaires Médicaux,

- Analyses, examens de laboratoire,

- Frais chirurgicaux n'ayant pas nécessité d'hospitalisation ou ayant entraîné une hospitalisation de moins de 24 heures.

FRAIS DE TRANSPORT EN AMBULANCE

L'Assureur rembourse les frais de transport du malade en ambulance entre son domicile et l'établissement hospitalier et vice versa, sous réserve que ces frais soient en relation directe avec une hospitalisation d'au moins un jour et que l'Adhérent fournisse un justificatif dudit organisme.

FRAIS, MEDICAUX OU NON, FAISANT L'OBJET D'UNE PRESTATION FORFAITAIRE

- **Cure thermale**

L'Assureur verse une indemnité forfaitaire dont le montant est fixé selon la formule retenue.

Ce forfait est versé une fois par an maximum, et dans la mesure où le Régime Obligatoire a pris en charge cette cure. Le forfait est versé dans la limite des frais réels et à l'exclusion de tout autre frais.

- **Médecine naturelle, médicaments prescrits non remboursés par le Régime Obligatoire**

Selon l'option choisie, un forfait annuel peut être versé. On entend par « médecine naturelle » : actes d'Ostéopathe, Ethiope, Chiropracteur, Pédicure, Podologue, bilan diététique, Psychologue.

- **Pharmacie non remboursée**

La pharmacie non remboursée concerne :

- les produits pharmaceutiques réglementés,
- les APSI (allergènes préparés spécialement pour un individu) réglementés,
- les compléments alimentaires dont la TVA est à 5,5%

Par conséquent, ne sont pas couverts les produits dont la TVA est de 20% (produits dits « de confort »)

2. Exclusions : ne donnent pas lieu à prestations

Même si votre Régime Obligatoire est intervenu, ne donnent pas lieu à prestation pour les hospitalisations, actes chirurgicaux, soins et prothèses dentaires, ainsi que les actes de kinésithérapie, étant précisé que les critères du contrat responsable seront respectés :

1. Les frais engagés avant la date d'entrée en vigueur de l'adhésion ou après la date de cessation de l'adhésion.

2. Les maladies ou accidents résultant des causes suivantes :

- Guerre étrangère : il appartient à l'Adhérent de prouver que le sinistre résulte d'un autre fait,
- Guerre civile, actes de terrorisme ou de sabotage, grèves, émeutes ou mouvements populaires : il appartient à l'Assureur de prouver que le sinistre résulte de l'un de ces faits. En cas de grève, les accidents atteignant l'Adhérent alors qu'il effectue une mission d'entretien ou de surveillance en vue du maintien de la Sécurité des personnes et des biens dans l'enceinte de son établissement sont garantis,
- Participation de l'Adhérent à une rixe (sauf cas de légitime défense), manipulation volontaire ou détention d'engins de guerre,
- Ivresse ou éthyliisme de l'Adhérent, mutilation volontaire, usage par l'Adhérent de stupéfiants ou tranquillisants non prescrits médicalement, suicide ou tentative de suicide.

3. Les cures de thalassothérapie, d'amaigrissement, de rajeunissement et de désintoxication,

- Les traitements psychanalytiques et psychopédagogiques,
- Les séjours psychopédagogiques, pédagogiques, à visée diététique ou de rééducation alimentaire,
- Les séjours en centres, services ou établissements dits de longs séjours, de gérontologie ou de gériatrie,
- Les interventions chirurgicales à visée reconstructrice, esthétique ou plastique à l'exception de celles consécutives à un accident garanti, les interventions comportant une réduction de la masse graisseuse, ainsi que les interventions pour rhinoplastie et septoplastie nasale. Restent néanmoins garanties les rhinoplasties justifiées par un traumatisme nasal survenu pendant la période de garantie,
- Les interventions chirurgicales pour hypertrophie et hypotrophie mammaires ainsi que les interventions comportant une lipectomie, une liposuction, une lipoaspiration, une liposculpture, une plastie abdominale,
- Les traitements, hospitalisations et interventions chirurgicales pour les troubles de l'identité sexuelle,
- Les différentes étapes de la Procréation Médicalement Assistée (PMA).

4. Les frais de voyage et d'hébergement en cas de cure thermale, les frais de séjour climatique à la campagne, à la mer, à la montagne et en colonie sanitaire (sauf en Sanatorium ou en Préventorium).

5. Les maladies ou accidents survenant à l'occasion d'une compétition ou de la pratique d'un sport à titre professionnel par l'Adhérent.

6. Les accidents résultant de la pratique à titre de sportif amateur :

- d'un aéronef (en qualité de conducteur ou de passager), du vol libre, du delta-plane, d'un ultra léger motorisé, du parapente,
- des sports de combat,
- de l'ascension en haute montagne,
- des sports nécessitant l'utilisation de véhicules à moteur.

7. Les conséquences directes ou indirectes de la désintégration du noyau atomique ou de tout phénomène de radioactivité.

En aucun cas, le versement à titre exceptionnel d'une participation sur une prestation non garantie par le contrat « Viv'Santé » ne pourra être considéré comme l'acceptation tacite du risque par l'Assureur.

Ne sont pas pris en charge par l'organisme assureur :

- les actes référencés ou non par la Sécurité sociale et non remboursés par cet organisme, sauf mention aux conditions particulières,
- les soins effectués antérieurement à la date d'effet du contrat ou à la date d'effet de l'affiliation des bénéficiaires tels que définis au lexique,
- les soins effectués postérieurement à la date de résiliation du contrat ou à la date de cessation des garanties des bénéficiaires tels que définis au Lexique,
- la participation forfaitaire, les franchises, la majoration du ticket modérateur hors parcours de soin prévues par le Code de la sécurité sociale,
- les dépassements d'honoraires non déclarés à la Sécurité sociale par le professionnel de santé,
- tout acte pris en charge par des dotations d'Etat, notamment par la dotation nationale de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation, ne donne pas lieu à remboursement de notre part, même lorsque la Sécurité sociale a procédé à tort au remboursement. A ce titre, le contrat ne prend pas en charge les transports sanitaires assurés par des Structures Mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR),
- tout équipement optique composé de verres plans ne donne pas lieu à remboursement de la part de l'organisme assureur, sauf en cas d'atteinte oculaire unilatérale,
- achat de médicament sur internet non autorisé par l'Agence Régionale de Santé territorialement compétente et non justifié par une facture acquittée (mentions légales du pharmacien, acquittée, datée et signée mentionnant la spécialité délivrée),
- la cigarette électronique n'est pas prise en charge au titre du contrat.

3. Les limitations de garanties

Le forfait journalier Hospitalier est remboursé sans limitation de durée dans les établissements de santé : il n'est pas pris en charge lorsqu'il est facturé par des établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

Le remboursement de la chambre particulière est limité à 60 jours par an pour les séjours en centre, service ou établissement psychiatrique.

En cas d'hospitalisation à l'étranger, le remboursement du séjour et des honoraires sera basé sur le remboursement prévu pour une hospitalisation en France dans un établissement non conventionné sous réserve que la Sécurité sociale soit intervenue. Le remboursement de la chambre particulière, lorsqu'il est prévu dans la formule souscrite, sera limité à 50 % du montant maximum fixé pour une hospitalisation en France dans un établissement conventionné.

4. Etendue territoriale des garanties

L'assurance est limitée aux frais prescrits et engagés en France Métropolitaine et dans les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM). La présente notice d'information produit également ses effets à l'étranger, dans le cas où, au cours de séjours temporaires, l'Assuré serait atteint d'une affection ou serait victime d'un accident nécessitant un traitement ou une hospitalisation pris en charge par la Sécurité sociale.

Le versement des prestations reste subordonné, en tout état de cause, au remboursement préalable du Régime Obligatoire. Le règlement des prestations concernant les accidents ou les maladies survenus en pays étrangers ne sera effectué qu'en France Métropolitaine et en monnaie légale française.

5. Formalités des règlements des prestations

Pièces nécessaires à l'obtention des prestations

- Les prestations sont versées après remise à l'Assureur des pièces suivantes :
 - les décomptes originaux de prestations établis par votre Régime Obligatoire si vous ne bénéficiez pas du service de transmission des données,
 - en cas d'hospitalisation, la facture de l'établissement hospitalier précisant les dates d'entrée et de sortie, si vous avez réglé le séjour hospitalier. Toutefois, une prise en charge hospitalière peut vous être fournie, sur votre demande; les notes d'honoraires acquittées lorsque les médecins ont pratiqué des dépassements d'honoraires.

Tous les documents relatifs à votre hospitalisation nous seront remis dans le mois qui suit la fin du séjour hospitalier. Lorsque vous êtes hospitalisé, une pièce justificative de votre hospitalisation précisant les dates d'entrée et de sortie prévisible doit nous être transmise.

Votre déclaration d'hospitalisation devra indiquer :

- le numéro de votre contrat,
- vos nom, prénom et domicile,
- la nature de la maladie ou de l'accident entraînant l'hospitalisation,
- le lieu de l'hospitalisation,
- les circonstances et le lieu de l'accident, ses causes et conséquences probables, le nom du tiers responsable. Des informations complémentaires pourront vous être demandées.
- en cas de frais d'optique, la facture détaillée établie par l'opticien (ou une photocopie de cette facture) avec le décompte de votre Régime Obligatoire. Une prise en charge optique peut être adressée à votre opticien, sur demande.

Les documents transmis (décomptes, factures...) seront scannés et archivés informatiquement à leur réception. Sur demande de l'Adhérent au moment de leur envoi, il pourra obtenir la restitution des originaux ; à défaut ceux-ci seront détruits.

• Tous les documents adressés seront utilement accompagnés :

- du numéro de votre adhésion, à inscrire au dos des pièces ;
- en cas d'accident, du certificat de constatation des blessures, des circonstances et des coordonnées du tiers responsable.

Tous les documents remis à l'occasion d'un sinistre sont conservés par l'Assureur.

Sauf cas de force majeure, toutes les pièces concernant un accident ou une maladie doivent être remises à l'Assureur six mois au plus tard après la fin du traitement.

• Lorsqu'un Assuré bénéficie d'un autre contrat d'Assurance Complémentaire de même nature souscrit antérieurement, il peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix, sans que l'Assuré puisse percevoir, au total, un montant supérieur à celui de ses débours réels. La contribution de chaque organisme est ensuite déterminée conformément aux dispositions de l'article L121-4 du code des assurances.

• Le contrat étant responsable, il prend en charge le remboursement du ticket modérateur des prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique (article R871-2-11 du code de la Sécurité sociale). Pour obtenir ce remboursement, l'Adhérent doit transmettre à l'Assureur les factures et notes d'honoraires acquittées précisant que l'acte entre dans le cadre de la prévention.

• **L'emploi ou la production intentionnelle par l'Assuré ou ses ayants-droit de renseignements ou de documents inexacts ou falsifiés, dans le but d'obtenir des prestations indues, entraîne la perte de tout droit à indemnités pour le sinistre en cause. L'Assureur pourra procéder à la radiation de l'Adhérent.**

• Les demandes de prestations doivent être accompagnées des pièces et justificatifs originaux nécessaires tels que décompte du Régime Obligatoire, factures détaillées, notes d'honoraires, etc.

• Le **tiers payant** ALMERYS est également proposé dans le cadre des contrats « Complémentaire Frais de Soins » **Viv'Santé**. Les Assurés qui disposent de ce service de tiers payant peuvent bénéficier de la dispense d'avance de frais auprès des praticiens ayant un accord dans les domaines suivants :

- pharmacie,
- biologie (laboratoires),
- radiologie,
- auxiliaires médicaux (kinésithérapeutes, infirmières...),
- soins externes : consultations et examens en centre médical, clinique ou hôpital,
- transport (taxis et ambulances),
- optique (avec notre partenaire Almerys ou dans le réseau Optilys),
- audioprothèse (dans le réseau Optilys).

La mise en place du tiers payant ne pourra être effective que sous réserve de vérification par le professionnel de santé de la validité de deux documents que l'Assuré doit obligatoirement lui présenter pour bénéficier du tiers payant :

- la carte d'Assuré Social sur laquelle figurent les bénéficiaires du tiers payant,
- l'attestation de tiers payant en cours de validité délivrée par VIVINTER et désignant les bénéficiaires.

ASSURE

• **Modalités de délivrance de l'attestation de tiers payant**

L'attestation comporte des renseignements relatifs à la Société d'assurances, au numéro de contrat, au Régime Obligatoire. Elle précise les noms, prénoms, dates de naissance de chaque bénéficiaire du tiers payant et la période de validité du service. Elle indique les services de tiers payant dont peuvent bénéficier les Assurés dans leur département, auprès des professionnels signataires d'une convention.

À chaque échéance, une attestation de tiers payant sera transmise pour la période correspondante. La validité de cette attestation est subordonnée au paiement de la cotisation.

• **L'utilisation et le retrait de l'attestation de tiers payant**

En cas de résiliation, de suspension ou de nullité de l'adhésion, l'attestation en cours doit être restituée immédiatement à l'Assureur.

De même, en cas de changement dans la situation familiale, de changement de domicile, en présence d'une modification de garantie ou en cas de changement de caisse d'affiliation au Régime Obligatoire, l'Assuré doit retourner ce document.

Toute utilisation de l'attestation d'assurance, alors que le droit aux prestations n'est plus acquis en conformité avec les dispositions du contrat « Complémentaire Frais de Soins » Viv'Santé et/ou de l'adhésion, peut faire l'objet de poursuites à l'encontre de l'Assuré et de retrait définitif du service.

La prise d'effet du service de Tiers Payant intervient dès que l'Assuré est en possession de l'attestation en cours de validité, sous réserve du paiement de la cotisation.

La cessation de la garantie « Complémentaire Frais de Soins » Viv'Santé entraîne la cessation du service. De plus, le Tiers Payant peut prendre fin :

- en cas de non-respect des règles d'utilisation de l'attestation de tiers-payant,
- en cas de résiliation de la Convention de délégation du paiement des dépenses pharmaceutiques signée avec la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France,
- en cas de résiliation de la convention signée entre l'Assureur et les laboratoires Adhérents du département, entre l'Assureur et les cabinets de radiologie Adhérents, entre l'Assureur et les établissements proposant le tiers payant « soins externes »,
- en cas de disposition législative ou réglementaire qui supprimerait la délégation de paiement du Régime Obligatoire ou modifierait l'ampleur de l'engagement de l'Assuré.

• **La télétransmission NOEMIE**

(Norme Ouverte d'Echange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs)

Elle permet l'échange d'informations entre VIVINTER et l'Assurance Maladie. Les remboursements sont automatiques. VIVINTER procède ensuite aux remboursements par virement sur le compte bancaire ou postal de l'Assuré dans un délai de 48 h. A chaque remboursement un nouveau décompte détaillant les prestations payées est téléchargeable en ligne, sur www.vivinter.fr, Espace Assuré / Vos remboursements frais de santé / Vos décomptes.

L'Assuré a la possibilité de s'opposer à tout moment à la mise en place de cette dématérialisation des données en adressant un courrier à VIVINTER en nous demandant de supprimer ce dispositif.

Certains actes médicaux spécifiques (optique, dentaire, hospitalisation...) nécessitent l'envoi de pièces justificatives complémentaires mentionnées dans votre Notice d'Information ou sur www.vivinter.fr, Espace assuré / Vos remboursements frais de santé / Formalités de remboursement.

• **En cas d'hospitalisation**

L'Assuré peut bénéficier d'un accord de prise en charge, afin d'éviter de faire l'avance des frais hospitaliers sur :

www.vivinter.fr, Espace Assuré / Vos remboursements frais de santé / Prise en charge hospitalière. L'Assuré doit alors indiquer :

- NOM et PRENOM, et n° de Sécurité sociale,
- les NOM et PRENOM de la personne hospitalisée, en précisant s'il s'agit de l'Adhérent, de son conjoint ou d'un enfant à charge,
- les COORDONNEES de l'établissement concerné (adresse exacte de l'établissement, le service et numéro de fax, n° de FINESS),
- la DATE de l'hospitalisation.

Dès réception de ces informations, VIVINTER adresse par fax au centre hospitalier au maximum 10 jours avant la date de l'intervention, l'attestation de prise en charge hospitalière.

L'accord de prise en charge porte sur :

- le remboursement du Ticket Modérateur concernant le séjour dans l'établissement hospitalier et les honoraires médicaux et chirurgicaux,
- le remboursement du Forfait Journalier,
- éventuellement, le remboursement de la Chambre Particulière, dans les limites contractuelles.

Les dépassements d'honoraires ne bénéficiant pas du tiers-payant, ils ne peuvent figurer sur l'accord de prise en charge. Ces demandes de remboursement seront traitées sur présentation des factures acquittées.

Les dépenses personnelles (téléphone, télévision, ...) ne sont pas remboursées et restent à la charge de l'Assuré.

6. Délai de déclaration des sinistres

Les demandes de prestations et de forfaits doivent être produites dans un délai maximum de 3 mois à partir de la date d'envoi du décompte de la Sécurité sociale ou de l'évènement et au plus tard dans les délais prévus (deux ans) aux articles L114-1 et 2 du Code des Assurances.

7. Documents à fournir

L'Adhérent doit lors de son adhésion puis pour tout nouvel Assuré fournir une demande d'adhésion ou demande de modification dûment complétée et signée, accompagnée des pièces demandées.

L'Adhérent doit également adresser à VIVINTER - Département Cotisations Isolées - TSA 70004 - 93414 SAINT-DENIS CEDEX, immédiatement en cours d'exercice, un courrier avec l'indication des changements et leur date de survenance en cas de changement de domicile ou modification de la situation de famille, de changement de coordonnées bancaires, de cessation ou changement d'affiliation à l'un des régimes de Sécurité sociale.

8. Litige médical

En dehors des cas de fraudes ou de fausse déclaration, les critères du contrat responsable seront respectés. En cas de contestation d'ORDRE MEDICAL, les parties en présence soumettront leur différend à un médecin-arbitre choisi d'un commun accord et ayant pour mission de les départager ; un protocole d'arbitrage dont la rédaction incombe à l'Assureur sera soumis au préalable à l'Assuré.

L'Assuré a la possibilité de se faire assister par le médecin de son choix.

À défaut d'une entente sur le choix de l'arbitre, il sera désigné par le Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assuré, qui statuera à la requête de la partie la plus diligente.

9. Charge de la preuve

Dans tous les cas, l'Assuré ou ses Ayants-droit est tenu de rapporter la preuve que les frais de soins, l'hospitalisation ou le décès sont la conséquence d'un événement garanti par le contrat d'assurance « Complémentaire Frais de Soins » **Viv'Santé** auquel il a adhéré (Article 1315 alinéa 1er du Code Civil).

10. Tableau des garanties ⁽¹⁾

CONTRAT VIV'SANTE NATURE DES PRESTATIONS (Contrat Responsable)	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
HOSPITALISATION médicale et chirurgicale (y compris maternité) ⁽²⁾			
Frais de séjour en établissement conventionné	100% Frais réels	100% Frais réels	100% Frais réels
Frais de séjour en établissement non conventionné	90% FR limités 100% BR-RO	90% FR limités 200% BR-RO	90% FR limités 200% BR-RO
Forfait journalier hospitalier ⁽⁴⁾	100% Frais réels	100% Frais réels	100% Frais réels
Honoraires avec dépassements maîtrisés (OPTAM/OPTAM-CO) ⁽³⁾	100% BR-RO	100% Frais réels	100% Frais réels
Honoraires avec dépassements libres (non OPTAM/OPTAM-CO)	100% BR-RO	200% BR-RO	200% BR-RO
Honoraires - Non conventionné	100% TA	100% TA	100% TA
Chambre particulière	30 €/jour	45 €/jour	60 €/jour
Lit d'accompagnement enfant de moins de 16 ans <i>Maxi 10 jours/an</i>	30 €/jour	30 €/jour	30 €/jour
SOINS COURANTS* (y compris maternité)			
Consultation et visite généraliste avec dépassements maîtrisés (OPTAM/OPTAM-CO) ⁽³⁾	100% BR-RO	170% BR-RO	250% BR-RO
Consultation et visite généraliste avec dépassements libres (non OPTAM/OPTAM-CO)	100% BR-RO	150% BR-RO	200% BR-RO
Consultation et visite spécialiste avec dépassements maîtrisés (OPTAM/OPTAM-CO)	100% BR-RO	170% BR-RO	250% BR-RO
Consultation et visite spécialiste avec dépassements libres (non OPTAM/OPTAM-CO)	100% BR-RO	150% BR-RO	200% BR-RO
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux avec dépassements maîtrisés (OPTAM/OPTAM-CO)	100% BR-RO	170% BR-RO	250% BR-RO
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux avec dépassements libres (non OPTAM/OPTAM-CO)	100% BR-RO	150% BR-RO	200% BR-RO
Imagerie médicale avec dépassements maîtrisés (OPTAM/OPTAM-CO)	100% BR-RO	170% BR-RO	250% BR-RO
Imagerie médicale avec dépassements libres (non OPTAM/OPTAM-CO)	100% BR-RO	150% BR-RO	200% BR-RO
Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux)	100% BR-RO	150% BR-RO	200% BR-RO
Séances psychologiques remboursées par la sécurité sociale*** (Maximum/8 séances/an/bénéficiaire)	100% TM	100% TM	100% TM
Analyses et examens de laboratoires	100% BR-RO	150% BR-RO	200% BR-RO
Médicaments remboursés par la Ss	100% BR-RO	100% BR-RO	100% BR-RO
Matériel médical remboursé par la Ss	100% BR-RO	170% BR-RO	270% BR-RO

Orthopédie	100% BR-RO	170% BR-RO	270% BR-RO
TRANSPORT			
Frais de Transport remboursés Ss	100% BR-RO	150% BR-RO	200% BR-RO
DENTAIRE^{(5)**}			
Soins et prothèses dentaires 100% SANTE (à compter du 1er janvier 2020) ¹	HLF - SS	HLF - SS	HLF - SS
Soins dentaires (hors 100% santé)	100% BR-RO	200% BR-RO	300% BR-RO
Inlay Onlay (hors 100% santé) à tarif maîtrisé	100% BR-RO	200% BR-RO	300% BR-RO
Inlay Onlay (hors 100% santé) à tarif libre	100% BR-RO	200% BR-RO	300% BR-RO
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité Sociale (hors 100% santé) à tarifs maîtrisés	100% BR-RO	200% BR-RO	300% BR-RO
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité Sociale (hors 100% santé) à tarifs libres	100% BR-RO	200% BR-RO	300% BR-RO
Inlay Core (hors 100% santé) à tarif maîtrisé	100% BR-RO	250% BR-RO	350% BR-RO
Inlay Core (hors 100% santé) à tarif libre	100% BR-RO	200% BR-RO	300% BR-RO
Implantologie		Limité à 2/an/bénéficiaire	
Pose d'implant <i>Limité à 2/an/bénéficiaire</i>	75 €	150 €	200 €
Faux moignon implantaire <i>Limité à 2/an/bénéficiaire</i>	50 €	100 €	150 €
Couronne sur implant <i>Limité à 2/an/bénéficiaire</i>	150 €	250 €	350 €
Orthodontie remboursée par la Ss	150% BR-RO	250% BR-RO	300% BR-RO
Orthodontie non remboursée par la Ss <i>Forfait/an/bénéficiaire</i>	150 €/an	200 €/an	250 €/an
OPTIQUE³		Forfait pour 1 équipement tous les 2 ans/bénéficiaire⁽⁶⁾	
Equipements 100% SANTE (à compter du 1 ^{er} janvier 2020) ²	PLV - Ss	PLV - Ss	PLV - Ss
1 équipement monture + verres tous les 2 ans ramené à 1 an en cas d'évolution de la vue et pour les enfants de – de 16 ans hors exception et à 6 mois pour les enfants de – de 6 ans sous conditions⁽⁶⁾			
Monture	100 €	100 €	100 €
Verres unifocaux (la paire)	75 €	180 €	220 €
Verres multifocaux (la paire)	150 €	220 €	250 €
Supplément optique			
Prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur par l'opticien	100% BR-RO	100% BR-RO	100% BR-RO
Lentilles remboursées ou non par la Ss y compris jetables <i>Forfait/an/bénéficiaire</i>	30 €/an	100 €/an	150 €/an
Chirurgie réfractive par œil	non garanti	150 €/œil	250 €/œil
AIDES AUDITIVES⁴			
A partir du 1^{er} janvier 2021		Par oreille par période de 4 ans suivant la date de délivrance	
Equipements 100% SANTE	PLV - Ss	PLV - Ss	PLV - Ss
Prothèses auditives à tarif libre pour les 21 ans et plus	100 €	150 €	200 €
Prothèses auditives à tarif libre pour les moins de 21 ans	100 €	150 €	200 €
Accessoires, entretien et piles remboursés par la Ss	100% BR-RO	100% BR-RO	100% BR-RO
PREVENTION ET MEDECINE DOUCE			
Actes de prévention conformément aux dispositions de l'arrêté du 8 juin 2006 ⁽⁹⁾	100% TM	100% TM	100% TM
Pharmacie prescrite non remboursée par la Ss (<i>Forfait par an/bénéficiaire</i>) ⁽⁸⁾	50 €/an	75 €/an	100 €/an
Médecines douces ⁽⁷⁾ (Liste ci-dessous) : (<i>Forfait/an/bénéficiaire</i>)			
<i>Etiopathe</i>			
<i>Ostéopathe</i>			
<i>Bilan Diététique</i>			
<i>Chiropracteur</i>	50 €/an	150 €/an	200 €/an
<i>Pédicure</i>			
<i>Podologue</i>			
<i>Psychologue (non remboursé par la Ss)</i>			
CURE THERMALE			
Cure thermale remboursée par la Ss (<i>Forfait par an/bénéficiaire</i>)	100 €/an	150 €/an	200 €/an
ALLOCATION			
Indemnité de naissance simple (<i>uniquement si la mère est assurée</i>)	100 €	150 €	250 €
SERVICES			
Assistance	AUXIA ASSISTANCE	AUXIA ASSISTANCE	AUXIA ASSISTANCE
Réseau	Optilys	Optilys	Optilys

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité Sociale en vigueur au moment des soins, sous déduction des remboursements de votre Régime Obligatoire (RO).

Les remboursements exprimés en forfait : Certains remboursements sont effectués sous forme d'un « forfait ». Le montant du « forfait » est un maximum soit par an, soit tous les deux ans et par personne bénéficiaire qui s'additionnent aux éventuels remboursements de votre Régime Obligatoire.

Légende :

FR : Frais Réels - **BR** : Base de Remboursement de la Sécurité sociale - **Ss** : Sécurité sociale - **TM** : Ticket Modérateur - **BRR** : Base de Remboursement de la Sécurité sociale reconstituée - **PMSS** : Plafond Mensuel Sécurité sociale - **RSS** : Remboursement Sécurité sociale - **TA** : Tarif d'Autorité - **PLV** : Prix limite de vente - **HLF** : Honoraire Limite de Facturation.

¹ date d'entrée en vigueur des dispositifs relatifs au 100% Santé, définis dans l'article L. 162-9 et L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale

² date d'entrée en vigueur des dispositifs relatifs au 100% Santé, définis dans l'article L. 165-1 à L.165-3 du code de la Sécurité sociale, qui comprend en optique des verres, monture et la prestation d'appairage pour les verres d'indices de réfraction différents et supplément applicable pour les verres avec filtre.

³ Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de deux verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période de 2 ans suivant la date de délivrance de l'équipement précédent, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu par l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale

⁴ Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente.

Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

* En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

**Au-delà du plafond, un minimum garanti de 100% TM pour les soins dentaires, 100% TM + 25% BR pour les prothèses dentaires et l'orthodontie remboursées par la Ss.

***Le psychologue doit-être diplômé ou avoir une expérience permettant d'attester d'un parcours consolidé en psychologie clinique ou en psychopathologie, être inscrit au registre national ADELI, avoir signé une convention avec la Sécurité sociale dans le cadre du dispositif MonPsy.

A l'exclusion du forfait optique (monture + verres), vos forfaits sont valables par année d'adhésion et par assuré, ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

(1) Le montant de notre remboursement est exprimé dans le cadre du parcours de soins coordonnés et de l'OPTAM/OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) qui est un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée par les professionnels de santé. Remplace anciennement le contrat d'accès aux soins (CAS). Les pourcentages sont exprimés sur la base de remboursement de la Sécurité sociale, moins le remboursement de votre Régime Obligatoire (RO), si celui-ci est non nul. Les prestations sont toujours servies dans la limite des frais réels et sous déduction des remboursements du Régime Obligatoire. La contribution forfaitaire retenue par le Régime Obligatoire, ainsi que les franchises médicales restent à la charge de l'Assuré social. Lorsque le montant de l'acte est supérieur à 120 €, votre Régime Obligatoire retient une franchise de 24 €. Cette franchise est prise en charge par votre complémentaire santé.

(2) Sauf clauses d'exclusion visées dans les Conditions Générales et dans la Notice d'Information. Le remboursement de la chambre particulière est limité à 60 jours par an pour les séjours en centre, service ou établissement psychiatrique.

(3) OPTAM/OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) qui est un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée par les professionnels de santé. Remplace anciennement le contrat d'accès aux soins (CAS).

(4) Le forfait journalier hospitalier est remboursé sans limitation de durée dans les établissements de santé, il n'est pas pris en charge lorsqu'il est facturé par des établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

(5) Pour les garanties prises en charge par la Sécurité sociale, au-delà du plafond, le niveau des prestations est égal à 100 % du TM (soit 100 % BR y compris les remboursements de la Sécurité sociale).

(5) Plafond Annuel : Prothèses dentaires et orthodontie par bénéficiaire 1ère et 2ème année d'assurances :

500 € (Option 1) 1000 € (Option 2) 1500 € (Option 3)

Plafond Annuel : Prothèses dentaires et orthodontie par bénéficiaire années suivantes :

1000 € (Option 1) 2000 € (Option 2) 2500 € (Option 3)

(6) Au sein de ce forfait optique, le remboursement d'un équipement (1 monture et 2 verres) vous est garanti tous les 2 ans sauf en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue et pour les enfants mineurs. Le montant maximum de la monture est plafonné à 100 €.

(7) Ostéopathe, Etiopathe, Chiropracteur, Pédicure, Podologue, Bilan diététique, Psychologue non pris en charge par la sécurité sociale (titulaire d'un numéro ADELI (diplôme ou cachet du praticien).

(8) Vaccins, Homéopathie...

(9) Actes de Prévention

Quelle que soit la formule choisie, le contrat étant qualifié de responsable, nous prenons en charge le Ticket Modérateur des actes de prévention.

Vous pouvez obtenir un remboursement de notre part, après intervention de votre Régime Obligatoire, des prestations de prévention parmi la liste suivante :

- Scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans (SC8) ;

- Détartrage annuel (SC12) ;

- Premier bilan du langage oral et/ou écrit pour un enfant de moins de 14 ans (AMO24) ;

- Dépistage de l'hépatite B ;

- Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : Audiométrie tonale ou vocale, Audiométrie tonale avec tympanométrie, Audiométrie vocale dans le bruit, Audiométrie tonale et vocale, Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie ;

- Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans, tous les 6 ans ;

- Vaccinations suivantes, seules ou combinées :

Diphthérie, tétanos et poliomyélite : tous âges,

Coqueluche : avant 14 ans,

Hépatite B : avant 14 ans,

BCG : avant 6 ans,

Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant,

Haemophilus influenzae B - infections à l'origine de la méningite de l'enfant,

Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

Ces dispositions restent valables pendant toute la durée d'application de l'Arrêté du 8 juin 2006, sauf modification des taux ou modalités de remboursement des régimes obligatoires d'assurance maladie.

11. Les services d'assistance

Les services décrits ci-dessous sont accordés aux personnes Assurées au titre de la garantie « Complémentaire Frais de Soins », lorsque la formule de garantie le prévoit et que le service est mentionné dans la tableau de garanties.

Dans le cadre de « l'Assistance au Quotidien », « vous » signifie l'Assuré au contrat. Les autres personnes disposant de ce service sont expressément désignées sur le Bulletin d'adhésion.

L'Assistance au Quotidien suit le sort de la garantie « Complémentaire Frais de Soins ». Toutefois, en cas de résiliation de la convention passée entre l'Assureur et la Société d'Assistance, le service et les prestations en cours cesseront dès l'échéance suivante de votre contrat.

AUXIA Assistance met tout en œuvre pour venir en aide au bénéficiaire lorsqu'il en a le plus besoin. AUXIA Assistance ne peut se substituer à la solidarité de la structure familiale (conjoint, enfants) ainsi qu'aux prestations auxquelles lui donnent droit les organismes sociaux ou services publics.

C'est pourquoi les prestations ci-après ont vocation à s'exercer en complément de ces dernières.

En tout état de cause, ces prestations ne peuvent être mises en œuvre qu'après l'accord d'AUXIA Assistance qui jugera de la nécessité et de l'opportunité, en fonction du contexte du bénéficiaire au moment de l'évènement garanti, par exemple en prenant contact avec le médecin traitant, si nécessaire.

L'assistant ne participe pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire a engagées de sa propre initiative. Les bénéficiaires devront se conformer aux solutions préconisées par l'assistant.

En outre, AUXIA Assistance se réserve le droit de demander la justification médicale de l'évènement soudain qui conduit le bénéficiaire à solliciter son aide (justificatifs médicaux, certificat de décès, attestation de l'employeur...).

La durée de toute prestation d'assistance sera déterminée par AUXIA Assistance.

Les bénéficiaires nous fourniront par ailleurs tous les justificatifs originaux des dépenses autorisées par l'assistant et dont ils demandent le remboursement.

Modalités de mise en œuvre

Pour bénéficier d'un service d'assistance, l'Assuré doit contacter AUXIA Assistance aux coordonnées suivantes :

- **Par téléphone : 09 86 86 00 54**

Numéro de la Convention d'Assistance 4201209

DEFINITIONS ET DOMAINE D'APPLICATION DE LA GARANTIE

- **L'assistant**

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

L'organisme chargé du contrôle de l'assistant est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située au 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris cedex 09.

- **Les personnes bénéficiant de la garantie**

- l'Adhérent contrat « Complémentaire Frais de soins »,

- votre conjoint ou concubin,

- vos enfants fiscalement à charge,

- vos ascendants directs dépendants, résidant en **France métropolitaine ou à Monaco** et vivant habituellement sous le même toit.

- **Le domicile**

Le lieu de résidence principale et habituelle des bénéficiaires situé en France métropolitaine ou à Monaco.

- **La maladie**

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

- **L'accident**

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

- **L'hospitalisation imprévue**

Toute hospitalisation d'une durée supérieure à 24 heures en hôpital ou en clinique, consécutive à une maladie ou à un accident, **et dont la survenance n'était pas connue du bénéficiaire 5 jours avant son déclenchement.**

N'est pas considérée comme imprévue, une hospitalisation liée à une rechute ou une complication d'une maladie ou d'un accident connu.

Maladie ou accident qui entraîne une immobilisation pour des raisons médicalement justifiées ou prouvées et dont l'Assuré n'a pas connaissance dans les 5 jours qui la précède.

En cas d'hospitalisation (prévue ou non) et d'immobilisation (prévue ou non) consécutives, si l'élément déclencheur est le même, la prestation n'est due qu'une seule fois.

Sont considérées comme maladies graves : les cancers nécessitant des séances de chimiothérapie / radiothérapie, AVC invalidant, Parkinson, Alzheimer, sclérose en plaques.

Les prestations s'appliquent en France métropolitaine et à Monaco.

- **La validité de la garantie**

La garantie « assistance » est acquise pendant la durée de validité du contrat. Elle arrive à échéance, est renouvelée ou résiliée, à la même date et dans les mêmes conditions que ce contrat.

EXECUTION DES PRESTATIONS

Nous ne pouvons pas intervenir dans le choix des moyens et des destinations décidées par les organismes primaires d'urgence et ne prenons donc pas en charge les frais correspondants.

Les frais éventuels de liaison en taxi sont compris dans les plafonds définis pour chaque prestation.

PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Hospitalisation prévue

Cette prestation s'applique en cas :

- d'hospitalisation prévue de plus de 2 jours consécutifs, suite à maladie ou accident,
- d'immobilisation prévue pour maladie grave,
- de séjour prolongé en maternité (plus de 8 jours) pour une complication liée à la grossesse et à l'accouchement du Souscripteur ou de son conjoint / concubin.

- **Aide à domicile**

Si l'état de santé le nécessite, AUXIA Assistance organise la mise en œuvre d'une aide à domicile pour effectuer selon le cas du repassage, du ménage et préparer les repas :

- pendant l'hospitalisation,
- dès le retour au domicile du bénéficiaire suite à une hospitalisation, un séjour prolongé en maternité (plus de 8 jours).

Cette aide s'effectuera à concurrence d'un maximum de 10 heures, par période de 2 heures consécutives minimum. AUXIA Assistance interviendra pour une seule hospitalisation ou immobilisation par année civile.

Le nombre d'heures allouées et leurs répartitions dans les 30 jours calendaires suivant l'évènement sont, dans tous les cas, du seul ressort de l'Assistance et uniquement du lundi au samedi de 8 h à 19 h.

Hospitalisation imprévue, immobilisation imprévue au domicile ou décès

Les prestations suivantes sont fournies dans les cas suivants :

- **immobilisation imprévue au domicile supérieure à 5 jours, suite à maladie ou accident,**
- **décès,**
- **hospitalisation imprévue de plus de 2 jours consécutifs (portée à plus de 4 jours pour la prestation « Aide à domicile »), du Souscripteur ou de son conjoint / concubin.**

- **Garde d'enfants à domicile**

Nous mettons à votre disposition et prenons en charge une assistante maternelle compétente à domicile pour une période de deux jours maximum, entre 8h et 19h.

Pendant cette période, nous nous chargeons le cas échéant, d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école, deux fois par jour.

Nous organisons également et prenons en charge :

- soit le voyage des enfants ou petits-enfants de moins de 15 ans jusqu'au domicile d'un proche résidant en France métropolitaine,
- soit le transport aller et retour du proche jusqu'à votre domicile, pour garder les enfants (transport en train 1ère classe ou avion classe économique, lorsque seul ce moyen peut être utilisé).

Les prestations de prise en charge d'une assistante maternelle et de prise en charge des enfants par un proche ne se cumulent pas entre elles.

- **Présence au chevet**

Si personne ne peut rester à votre chevet, nous organisons et prenons en charge le voyage aller/retour en train 1ère classe d'une personne de votre choix résidant en France métropolitaine ou à Monaco, afin qu'elle se rende sur votre lieu d'hospitalisation ou à votre domicile.

De même, en cas de décès, si personne ne se trouve sur place pour effectuer les démarches consécutives au décès, nous organisons et prenons en charge le voyage aller et retour en train 1ère classe d'un proche désigné par la famille et résidant en France métropolitaine ou à Monaco, pour se rendre sur le lieu du décès.

- **Garde ou transfert des personnes dépendantes**

Nous organisons et prenons en charge :

- soit la garde de ces personnes dépendantes pendant deux jours, entre 8 h et 19 h,
- soit le coût du transport de ces personnes chez un proche, résidant en France métropolitaine,

- soit le transport aller et retour d'un proche jusqu'à votre domicile, pour garder ces personnes (transport en train 1ère classe ou avion classe économique, lorsque seul ce moyen peut être utilisé).

• **Garde des animaux familiers (chiens et chats)**

Nous organisons leur gardiennage à domicile ou dans un centre agréé dans un rayon de 50 km du domicile, jusqu'à un maximum de 30 jours.

Dès votre appel, nous mettons tout en œuvre pour répondre au plus vite à votre demande. Toutefois, nous nous réservons un délai de 5 heures maximum à partir de l'heure d'ouverture des réseaux de garde.

• **Aide à domicile**

Nous mettons à votre disposition une aide à domicile avec un forfait maximum de 10 heures.

La répartition des heures s'effectuera avec un minimum de 2 heures consécutives. Le nombre d'heures allouées et leur répartition dans les 30 jours calendaires suivant l'évènement sont, dans tous les cas, du seul ressort de l'Assistance et uniquement du lundi au samedi de 8 h à 19 h.

Cette prestation s'applique également :

- pour une maternité entraînant une hospitalisation de plus de 8 jours,
- en cas de décès, dans les 30 jours qui suivent l'évènement.

• **Services à domicile**

À votre demande, nous pouvons apporter conseil et aide dans l'organisation de l'habitat, notamment :

- recherche et mise à disposition du matériel médical prescrit,
- adaptation de l'habitat au handicap et à la dépendance,
- services à domicile : coiffure, portage de repas, etc.,
- matériel informatique.

Les coûts occasionnés restent à votre charge (achat ou location de matériel, livraison...).

ASSISTANCE MEDICALE AU QUOTIDIEN

• **Recherche de personnel médical**

Nous recherchons à votre demande un médecin de garde ou un service d'urgence médicale, une infirmière ou un intervenant paramédical.

Nous pouvons également missionner une ambulance ou un véhicule sanitaire léger pour vous conduire jusqu'à un centre de soins ou d'examens.

Les coûts restent à votre charge.

Nous recherchons également une personne pour :

- effectuer une démarche administrative,
- faire des courses à votre place,
- vous accompagner lors d'une visite médicale. Ces interventions sont facturées au coup par coup.

• **Informations médicales**

Sur simple appel téléphonique, l'un de nos médecins :

- répond à toute question d'ordre médical ou diététique,
- indique, en accord avec le médecin traitant, les types de cures correspondant à votre état de santé et recherche les centres spécialisés en France,
- recherche et indique les établissements médicaux spécialisés pouvant vous recevoir si vous souffrez d'un handicap, **sans toutefois pouvoir garantir que le centre ou l'établissement indiqué vous recevra.**

• **Livraison de médicaments**

Si vous ne pouvez temporairement vous déplacer à la suite d'une maladie non chronique ou d'un accident, nous vous envoyons l'un de nos correspondants pour chercher les médicaments prescrits par votre médecin lors d'une visite.

Le coût des médicaments reste à votre charge.

ENFANT IMMOBILISE SUITE A UNE MALADIE OU UNE BLESSURE

• **Garde d'enfants malades à domicile**

La Garde d'Enfants Malades à Domicile est un service vous permettant de continuer à assurer votre activité professionnelle si l'un de vos enfants est malade ou blessé, et a besoin d'une personne à domicile à son chevet.

Nous recherchons et envoyons une personne compétente afin d'assurer cette garde jusqu'à concurrence d'un maximum de 30 heures.

La répartition des heures de garde s'effectuera avec un minimum de 4 heures consécutives par jour du lundi au samedi de 8h à 19h.

Cette prestation ne s'applique qu'au-delà des jours accordés par la Convention Collective en cas d'absences liées aux charges de famille.

Conditions médicales et administratives

Vous devez nous adresser à chaque demande un certificat médical indiquant que la présence d'une personne est nécessaire auprès de l'enfant.

De plus, vous autoriserez la personne qui garde l'enfant à nous joindre par téléphone autant de fois que nécessaire.

Délai de mise en place

Nous nous réservons un délai maximum de 5 heures à partir de l'heure d'ouverture des réseaux d'assistantes maternelles agréées, afin de rechercher et d'acheminer la personne qui assurera la garde de l'enfant.

Pour ce service, sont exclues les maladies :

- **préexistantes diagnostiquées et/ou traitées, ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 mois précédant la demande d'assistance,**
- **nécessitant des soins médicaux relevant d'un service d'infirmière ou d'infirmier à domicile,**
- **relevant de l'hospitalisation à domicile.**

À votre demande, nous mettons à la disposition d'un membre de la famille ou d'une personne désignée, un billet de train aller et retour 1^{ère} classe ou d'avion classe économique (lorsque seul ce moyen peut être utilisé) pour lui permettre de se rendre au chevet de l'enfant, au départ de France métropolitaine.

Cette prestation ne se cumule pas avec la mise à disposition d'une assistante maternelle.

• École à domicile

La prestation est fournie en cas de maladie soudaine et non-chronique ou d'accident d'un enfant bénéficiaire ne lui permettant pas de suivre sa scolarité.

À partir du 16^e jour consécutif d'absence scolaire, nous recherchons et envoyons au domicile de l'enfant un répétiteur scolaire afin de lui permettre de poursuivre sa scolarité dans les matières principales.

Cette prestation s'applique du cours préparatoire à la terminale des lycées d'enseignement général. Nous prenons en charge les coûts occasionnés dans la limite de 10 heures par semaine.

Ces cours sont fractionnables en maximum 5 déplacements du répétiteur scolaire par semaine. Chaque cours sera de 2 heures minimum par jour, par matière ou par répétiteur.

AUXIA Assistance intervient jusqu'à 4 semaines par évènement et maximum 2 interventions par an, **hors vacances scolaires et jours fériés**. Elle cesse dès que l'enfant a repris normalement ses cours.

Lorsque l'enfant est hospitalisé, les cours sont dispensés dans les mêmes conditions, sous réserve que l'établissement hospitalier, les médecins et le personnel soignant donnent leur accord à la réalisation de cette prestation.

Pour demander cette prestation, vous devez adresser à notre équipe médicale un certificat du médecin indiquant la nature de la maladie ou de l'accident. Ce certificat doit préciser que l'enfant ne peut se rendre dans son établissement scolaire, et la durée de son immobilisation.

Un délai maximum de 48 heures peut intervenir à compter de l'appel pour rechercher et acheminer le répétiteur.

La prestation ne s'applique pas :

- **aux maladies ou accidents et leurs conséquences, antérieurs à la date d'effet du contrat,**
- **lorsque l'enfant est atteint d'une maladie préexistante diagnostiquée et/ou traitée, ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 mois précédant la demande d'assistance.**

INFORMATIONS

• Info Santé

C'est un service d'informations générales animé par notre équipe médicale, destiné à répondre à toute question de nature médicale notamment dans les domaines suivants :

- la santé,
- les vaccinations,
- la mise en forme,
- la diététique,
- la puériculture.

Les médecins peuvent répondre à toutes questions concernant les bénéficiaires. Les informations seront toujours données dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical).

Ce service est conçu pour écouter, informer et orienter, 24h/24, mais il ne peut remplacer le médecin traitant.

Toutefois, le premier réflexe en cas d'urgence médicale doit être d'appeler votre médecin traitant, les pompiers (18) ou les services médicaux d'urgence (SAMU 15).

Les informations fournies ne peuvent se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à prescription.

• Problèmes de l'enfance

Si un enfant est perturbé dans sa scolarité (blocage scolaire, incompatibilité avec un professeur...) ou manifeste un rejet de son environnement social (drogue, fugue, dépression...), les médecins de notre équipe médicale répondent à toutes questions et procurent un conseil pédagogique et psychologique adapté.

- **Appels de convivialité**

Nous sommes présents 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, pour apporter une écoute attentive, une aide et un réconfort.

DISPOSITIONS GENERALES CONCERNANT L'ASSISTANCE AU QUOTIDIEN

- **Exclusions**

Outre les exclusions précisées dans les Conditions Générales qui régissent le contrat, sont exclus :

- les tentatives de suicide,
- les états résultant de l'usage de drogues, de stupéfiants non ordonnés médicalement ou d'alcool,
- les accidents liés à la pratique d'un sport dans le cadre d'une compétition officielle organisée par une Fédération Sportive et pour laquelle une licence est délivrée.

- **Circonstances exceptionnelles**

Nous ne pouvons être tenus pour responsables des manquements à l'exécution des prestations dus à des cas de force majeure, à des interdictions décidées par les autorités locales ou à des grèves.

Toute fraude, falsification ou fausse déclaration et faux témoignage entraînera automatiquement la nullité de la garantie. Nous n'intervenons pas si vous avez commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur en France. Les autres dispositions des Conditions Générales restent applicables.

REGLEMENT DES LITIGES

- **Le service réclamation**

En cas de désaccord sur l'application de la convention, nous vous invitons à adresser une réclamation écrite à l'adresse suivante : BEA – AUXIA ASSISTANCE - Assistance Santé - 1 rue Mozart - Clichy Cedex 92587

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

- **Le service conciliation**

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

AUXIA Assistance

Service conciliation - Assistance santé - TSA 10001 - 78075 SAINT QUENTIN YVELINES CEDEX

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

- **Le dispositif de médiation**

Si l'examen du dossier par nos services n'aboutit pas à une conciliation et que vous restez en désaccord avec la réponse apportée par nos services, il vous est alors possible de saisir le Médiateur de l'Association « La Médiation de l'Assurance », association dont est membre la Fédération Française de l'Assurance (FFA).

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

La demande doit être adressée à :

La Médiation de l'Assurance www.mediation-assurance.org

Vous pouvez également écrire à l'adresse suivante :

LMA

TSA 50110

75441 PARIS CEDEX 09

Les modalités de saisine du Médiateur peuvent aussi être consultées librement sur Internet à l'adresse suivante www.auxia.com

En application de l'article 2238 du Code civil, le recours à la médiation suspend le délai de prescription des actions.

La suspension a pour effet d'arrêter temporairement le cours de la prescription, mais n'efface pas le délai ayant déjà couru (article 2230 du Code civil). Le délai de prescription ne recommence à courir, pour une durée minimale de six mois, qu'à compter de la date à laquelle la procédure de médiation est déclarée achevée.

