

# NOTICE D'INFORMATION

## Méana Santé Seniors 2

Complémentaire Santé & Surcomplémentaire

ASAF & AFPS en partenariat avec



<b>PRÉAMBULE &amp; LEXIQUE</b>	<b>3</b>
<b>TABLEAU DES GARANTIES</b>	<b>6</b>
<b>NOTICE D'INFORMATION DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ</b>	<b>13</b>
OU « CONTRAT DE BASE » (CONTRAT RESPONSABLE)	
ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT	13
ARTICLE 2 - MODALITÉS D'ADHÉSION AU CONTRAT	13
2.1 - CONDITIONS D'ADHÉSION	
2.2 - RÈGLES D'ACCEPTATION DE L'ADHÉSION	
2.3 - DURÉE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION	
ARTICLE 3 - LES GARANTIES	13
3.1 - DÉBUT DES GARANTIES	
3.2 - MODIFICATION DE L'ADHESION	
3.3 - FIN DES GARANTIES	
3.4 - DESCRIPTIF DES GARANTIES	
3.5 - EXCLUSIONS ET LIMITATIONS	
3.6 - TERRITORIALITÉ	
ARTICLE 4 - SERVICES ASSOCIÉS A L'ADHÉSION DU CONTRAT SANTÉ DE BASE	15
4.1 - TÉLÉTRANSMISSION ET TIERS-PAYANT	
4.2 - PRISE EN CHARGE	
ARTICLE 5 - MODALITÉS D'OBTENTION DES REMBOURSEMENTS	16
ARTICLE 6 - COTISATIONS	17
6.1 - MONTANT DES COTISATIONS	
6.2 - ÉVOLUTION DES COTISATIONS	
6.3 - MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS	
6.4 - CONSÉQUENCES DU DÉFAUT DE PAIEMENT	
ARTICLE 7 – COMPENSATION	17
ARTICLE 8 – RÉSILIATION DE L'ADHÉSION	17
ARTICLE 9 - RENONCIATION	18
ARTICLE 10 - RÉCLAMATIONS	18
ARTICLE 11 - DISPOSITIONS DIVERSES	19
11.1 - DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE	
11.2 – EXPERTISE MEDICALE	
11.3 - SUBROGATION	
11.4 - MODIFICATIONS LÉGISLATIVES ET RÉGLEMENTAIRES	
11.5 - LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME	
11.6 - PRESCRIPTION	
11.7 – DECLARATIONS FAUSSES, ERRONEES OU OMISES	
11.8 FRAUDES	
<b>NOTICE D'INFORMATION DE LA SURCOMPLÉMENTAIRE SANTÉ</b>	<b>22</b>
(CONTRAT NON RESPONSABLE)	
<b>NOTICES D'INFORMATION</b>	<b>24</b>
• RÉSEAUX DE SOINS ITELIS ET PALMARÈS DES HÔPITAUX	24
• ASSISTANCE « ANGEL »	28
ASSISTANT PERSONNEL DE SANTÉ	
TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE	
• GARANTIES ASSISTANCE	31
• PROTECTION JURIDIQUE POUR LES CONTRATS SANTÉ	37

### PRÉAMBULE

Le contrat **MÉANA SANTÉ SENIORS 2** est un contrat collectif à adhésion facultative souscrit par « l'ASAF & AFPS », appelée ci-après « l'Association », dont le siège social se trouve : Les Templiers - 950 Route des Colles - 06410 BIOT, auprès de SMATIS France – mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro SIREN 781166293, siège social au 6 rue de Piave - CS 90000 - 16920 Angoulême Cedex 9, appelée ci-après « la Mutuelle ».

L'Adhérent adhère à l'Association et bénéficie dudit contrat en signant le bulletin d'adhésion dans les conditions décrites dans ce dernier et la présente notice d'information. Les déclarations des Adhérents servent de base à leur adhésion qui est incontestable dès son entrée en vigueur.

L'Association assure les actes de gestion relatifs au contrat et aux adhésions. Elle peut déléguer tout ou partie de ces tâches à un organisme de son choix (après accord préalable de la Mutuelle). La Mutuelle assure le risque Frais de Santé au titre dudit contrat.

Le contrat entre l'Association et la Mutuelle a pris effet le 1er novembre 2022. Il peut être dénoncé à son échéance par l'une des parties moyennant un préavis de six mois par lettre recommandée. En cas de résiliation du contrat, après révision annuelle de la cotisation, la Mutuelle s'engage dans les conditions prévues à l'article 6 de la loi n°89-1009 (dite loi Evin) à ne pas refuser les demandes de maintien de couverture faites par les assurés.

Le contrat peut être modifié par avenant **conclu d'un commun accord entre la Mutuelle et l'Association sur proposition de l'un d'eux** ou lettre avenant ; l'Adhérent sera informé par l'Association avant toute modification apportée à ses droits ou obligations dans le respect de l'article L. 221-6 du Code de la mutualité.

Le contrat est rédigé et conclu en langue française.

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - Secteur Assurance, située 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09.

### LEXIQUE

#### ACCIDENT

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

#### ACTES MÉDICAUX ET CONSULTATIONS HORS PARCOURS DE SOINS

Sont visés :

- Les actes médicaux ou consultations réalisés pour un assuré de plus de 16 ans n'ayant pas déclaré de médecin traitant à sa caisse d'assurance maladie.
- Les actes médicaux ou consultations réalisés et non recommandés par le médecin traitant déclaré par l'assuré de plus de 16 ans à sa caisse maladie.

La majoration de participation et les dépassements d'honoraires autorisés liés au non-respect du parcours de soins sont remboursables en partie selon le tableau des prestations et les garanties souscrites.

#### ADHÉRENT

Personne qui est membre de l'Association et qui adhère au contrat. A la date de son adhésion, l'Adhérent devient membre participant de la Mutuelle.

#### ASSURÉS

Personnes sur lesquelles reposent l'assurance, c'est-à-dire l'Adhérent (sauf mention contraire stipulée sur le certificat d'adhésion) et les membres de sa Famille répondant aux conditions pour être assurés, ayant été déclarés par l'Adhérent au sein du bulletin d'adhésion.

#### AYANTS DROIT

Les ayants droit n'ont pas la qualité de membre participant de la mutuelle.

Peuvent être assurés au titre du contrat en qualité d'ayants droit : le conjoint, concubin ou le partenaire lié à l'Adhérent par un pacte civil de solidarité (PACS), les enfants sans condition d'âge.

#### BASE DE REMBOURSEMENT

Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

#### COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Ensemble des garanties assurant la prise en charge pour une personne et/ou sa famille, de tout ou partie des frais liés à la santé, en complément ou en supplément des prestations de l'assurance maladie obligatoire.

#### CONTRAT NON RESPONSABLE

L'adhésion ne répond pas à tout ou partie des critères du « Contrat Responsable » tel que défini ci-après. Dans ce cas, les garanties du contrat peuvent rembourser tout ou partie :

- des majorations de ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins.
- du « reste à charge » sur les dépassements d'honoraires autorisés des spécialistes consultés en dehors du parcours de soins dans les limites du montant des garanties choisies.

En revanche, elles ne remboursent pas la participation forfaitaire et les franchises médicales.

## CONTRAT RESPONSABLE

La Loi qualifie une complémentaire santé de « responsable » lorsqu'elle encourage le respect du parcours de soins coordonnés (le parcours de soins coordonnés repose sur le choix d'un médecin traitant que l'assuré social désigne auprès de sa caisse d'assurance maladie). Dans ce cas, les garanties du contrat prévoient les obligations minimales de remboursement des prestations liées aux consultations du médecin traitant et ses prescriptions. Le contrat respecte les conditions définies aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale. Elles prévoient à cet effet la prise en charge :

- de l'intégralité de la participation de l'assuré (ticket modérateur) pour toutes les catégories de soins (y compris les actes de prévention) sur les tarifs servant de base à la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par cette dernière. Par exception, n'est pas obligatoirement pris en charge le ticket modérateur sur les frais des cures thermales et des médicaments remboursés à 15% et 30%, et pour les spécialités et préparations homéopathiques,
- du forfait journalier hospitalier prévu à l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale. Cette obligation concerne uniquement le forfait journalier facturé par les établissements de santé, sans aucune limitation de durée. **N'est pas concerné par cette obligation, le forfait facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD),**
- Les frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour les équipements du panier de soins 100% santé :
  - en optique médicale dans la limite des prix limites de vente des verres de classe A fixés par la liste des produits et prestations mentionnée à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale,
  - en audiologie, dans la limite des prix limites de vente des aides auditives de classe I fixés par la liste des produits et prestations mentionnée à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale,
  - pour les soins prothétiques dentaires à prise en charge renforcée, dans la limite des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale signée entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance Maladie.La prise en charge des frais de santé au-delà du ticket modérateur est plafonnée lorsque les honoraires, tarifs et prix de vente sont supérieurs au tarif de prise en charge par l'assurance maladie.

**En revanche, un contrat dit « responsable » ne rembourse pas :**

- **les dépassements et majorations supportés par l'assuré lorsqu'il n'a pas désigné de médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins,**
- **la participation forfaitaire légale de applicable aux consultations et à certains examens médicaux (article L.322-2 II du Code de la Sécurité sociale),**
- **les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport (article L.322-2 III du Code de la Sécurité sociale).**

## DELAI D'ATTENTE

Période pendant laquelle les garanties ne s'appliquent pas, malgré la prise d'effet de l'adhésion.

## DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉ (DPTAM)

Un dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée est un contrat proposé par la Sécurité sociale aux médecins leur proposant de limiter leurs dépassements d'honoraires en contrepartie d'un certain nombre d'avantages. Le Contrat d'Accès aux Soins (CAS) et l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) sont deux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée. Le contrat d'accès aux soins a été remplacé par l'Option pratique tarifaire maîtrisée au 1er janvier 2017 par la convention médicale du 25 Août 2016.

## ECHEANCE PRINCIPALE

Date de renouvellement de l'adhésion qui est mentionnée sur le certificat d'adhésion.

## FAMILLE

L'Adhérent, ses ayants droit, ses descendants et ses ascendants (au premier degré) ou ceux de son conjoint.

## FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

Somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24h dans un établissement de santé. Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation.

## HOSPITALISATION

Désigne un séjour dans un établissement de santé en vue du traitement médical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

## MALADIE

Toute altération de santé constatée par une autorité médicale compétente.

## MEMBRE PARTICIPANT

Adhérent à la Mutuelle du fait de son adhésion à l'Association et au contrat collectif.

## PARTICIPATION FORFAITAIRE

Participation forfaitaire légale laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie.

Cette participation est due par tous les assurés à l'exception :

- des enfants de moins de 18 ans,
- des femmes enceintes à partir du 6ème mois de grossesse,
- des bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS) ou de l'Aide médicale de l'État (AME).

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à 4 par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à un montant de 50 euros par année civile et par personne.

La participation forfaitaire n'est pas remboursée par les complémentaires santé « responsables ».

## RESTE À CHARGE

Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement de l'assurance maladie obligatoire. Il est constitué :

- du ticket modérateur,
- de l'éventuelle franchise ou participation forfaitaire,
- de l'éventuel dépassement d'honoraires.

### SÉJOURS SPÉCIALISÉS

Séjours spécialisés de repos, de rééducation (y compris les séjours contribuant à la lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie), de convalescence, de gériatrie, de neuropsychiatrie, de psychiatrie, de diététique et séjours similaires, quel que soit l'établissement ainsi que les séjours en maisons d'enfants à caractère sanitaire et social.

### SURCOMPLÉMENTAIRE

Contrat santé supplémentaire destiné à compléter les garanties d'une première assurance maladie complémentaire sur certains postes de soins.

### TICKET MODÉRATEUR

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire légale ou d'une franchise). Le ticket modérateur est généralement pris en charge par l'assurance maladie complémentaire.

### 100% SANTÉ

Dispositif par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.

Pour ces prestations identifiées (désignées par « paniers 100% Santé » ou « acte de prise en charge renforcée ») qui sont définies par la réglementation, opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes fixent leur prix dans la limite de plafonds prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre 100% santé.

Les contrats de complémentaire santé responsables remboursent quant à eux obligatoirement la différence entre le prix facturé par l'opticien, l'audioprothésiste ou le chirurgien-dentiste, et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire, dans la limite des plafonds tarifaires prédéfinis pour les actes des paniers 100% santé.

Les opticiens et les audioprothésistes sont tenus de proposer un équipement du panier 100% santé et d'établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement du panier 100% santé.

Les chirurgiens-dentistes ont quant à eux l'obligation, lorsqu'ils proposent à leur patient la réalisation d'un acte en dehors du panier 100% santé, de leur proposer également une alternative thérapeutique prévue dans le panier 100% santé, chaque fois qu'une telle alternative existe, ou à défaut de leur proposer une alternative avec un reste à charge maîtrisé. Les chirurgiens-dentistes sont également tenus de remettre un devis au patient pour les prothèses dentaires.

## ■ TABLEAU DES GARANTIES

### COUVERTURE DU CONTRAT COMPLÉMENTAIRE SANTÉ OU CONTRAT DE BASE (responsable)

Les remboursements exprimés intègrent les remboursements du régime obligatoire.\*

Ils sont versés selon les modalités définies dans la Notice d'information et dans le respect du cahier des charges du contrat responsable (art. L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale).

HOSPITALISATION		NIVEAU 125	NIVEAU 150	NIVEAU 200	NIVEAU 250	NIVEAU 350
<b>Honoraires **</b>						
Honoraires médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux DPTAM	(1)	125%	150%	200 %	250 %	350 %
Honoraires médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux NON DPTAM		100%	120%	180 %	200 %	200 %
<b>Forfait Journalier Hospitalier</b>						
Forfait journalier hospitalier illimité	(2)	Frais réels				
<b>Autres prestations</b>						
Frais de séjour en établissements conventionnés		Frais réels				
Frais de séjour en établissements non conventionnés		100 %				
Chambre particulière (par jour), y compris en ambulatoire	(3)	-	45 €	80 €	95 €	110 €
Confort hospitalier (télévision, téléphone, internet, presse) dans la limite de 30 jours/an/bénéficiaire		-	-	7 €/jour		
Frais d'accompagnant (lit et repas (hors cure))		-	-	15 €/jour limité à 150 €/an		
Hospitalisation à domicile (HAD)		125%	150%	200 %	250 %	350 %

SOINS COURANTS		NIVEAU 125	NIVEAU 150	NIVEAU 200	NIVEAU 250	NIVEAU 350
Téléconsultation : consultation de médecin généraliste à distance, où que vous soyez. Des médecins disponibles 7/7, de 6h à minuit		C.G.U. TELECONSULTATION				
<b>Honoraires médicaux</b>						
Consultations et visites médecins généralistes et spécialistes DPTAM		125%	150%	200 %	250 %	350 %
Consultations et visites médecins généralistes et spécialistes non DPTAM		100%	120%	180 %	200 %	200 %
Actes de radiologie, d'imagerie et d'échographie DPTAM		100%	100%	100 %	150 %	150 %
Actes de radiologie, d'imagerie et d'échographie non DPTAM		100%	100%	100 %	130 %	130 %
Actes techniques médicaux et chirurgicaux DPTAM		100%	100%	100 %	150 %	150 %
Actes techniques médicaux et chirurgicaux non DPTAM		100%	100%	100 %	130 %	130 %
Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue et prises en charge par la Sécurité sociale (jusqu'à 12 séances/an) – dispositif Mon Soutien psy		100%				
<b>Honoraires paramédicaux</b>						
Honoraires auxiliaires médicaux	(4)	100%	100%	100 %	150 %	150 %
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>						
Analyses et examens de laboratoire		100%	100%	100 %	150 %	150 %
<b>Médicaments</b>						
Médicaments remboursés par le RO		100%	100%	100 %	100 %	100 %
<b>Matériel médical</b>						
Prothèses médicales, orthèses, divers (autres que capillaires, mammaires, dentaires et auditives) pris en charge par le RO		100%	100%	150 %	175 %	175 %
Prothèses capillaires - mammaires prises en charge par le RO		100%				

TRANSPORT		NIVEAU 125	NIVEAU 150	NIVEAU 200	NIVEAU 250	NIVEAU 350
<b>Transport sanitaire</b>						
Transport prescrit pour l'hospitalisation ou la médecine de ville		100 %				

\* Avant application contribution forfaitaire, franchises et pénalités hors parcours de soins (Décret n°2007-1937 du 26/12/2007). Les taux de remboursement s'appliquent sur la base de remboursement du Régime Obligatoire. Les taux de remboursement indiqués ne visent que le régime général de la Sécurité Sociale, étant précisé que le régime local Alsace-Moselle fait l'objet de taux de remboursement différents pour lequel Smatis France intervient en complément. Le remboursement Smatis France est ajusté de sorte que le remboursement total, remboursement Régime Obligatoire + remboursement Smatis France, corresponde bien au remboursement total indiqué ci-dessus. Le total remboursé n'est jamais supérieur aux frais engagés.

\*\* Hospitalisation en établissements conventionnés et non conventionnés en MCO (médecine, chirurgie et obstétrique), psychiatrie et SSR. Exclusion en long séjour.

## TABLEAU DES GARANTIES - suite

OPTIQUE (5)	NIVEAU 125	NIVEAU 150	NIVEAU 200	NIVEAU 250	NIVEAU 350	
<b>Équipement optique 100% Santé (monture + verres) □</b>						
Un équipement de deux verres de classe A + monture de classe A	Rbt intégral					
Une monture de classe B (associée à deux verres de classe A)	Maxi 30 €	Maxi 30 €	Maxi 100 €	Maxi 100 €	Maxi 100 €	
Adaptation de la correction visuelle (renouvellement par opticien), prestation d'appairage, supplément pour verres avec filtre, autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	Rbt intégral					
<b>Équipement optique Panier Libre (monture + verres) □</b>						
Une monture de classe B	Maxi 30 €	Maxi 30 €	Maxi 100 €	Maxi 100 €	Maxi 100 €	
Monture + 2 Verres Simples (classe B)	50 €	50 €	160 €	220 €	350 €	
Monture + 2 Verres Complexes (classe B)	200 €	200 €	280 €	350 €	550 €	
Monture + 2 Verres Très Complexes (classe B)	200 €	200 €	350 €	450 €	650 €	
Monture + 1 Verre Simple + 1 Verre Complexe (classe B)	130 €	130 €	220 €	285 €	450 €	
Monture + 1 Verre Simple + 1 Verre Très Complexe (classe B)	130 €	130 €	255 €	335 €	550 €	
Monture + 1 Verre Complexe + 1 Verre Très Complexe (classe B)	200 €	200 €	315 €	400 €	650 €	
Prestation d'adaptation de la prescription des verres correcteurs dans le cadre du renouvellement de l'équipement	100 %					
<b>Autres prestations optiques</b>						
Lentilles prises en charge ou non par le RO	100% (si pris en charge par le RO)					
	-	-	+ 80 € / an	+ 120 € / an	+ 150 € / an	
Chirurgie réfractive de l'œil (opérations de myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie réalisées par laser), implants oculaires et traitement de la DMLA par compléments en Oméga 3 (par œil)	-	-	-	200 €/an	400 €/an	
<b>ACTES DENTAIRES</b>						
<b>Soins hors 100% Santé</b>						
Soins dentaires	100 %					
<b>Soins et prothèses 100% Santé □</b>						
Soins et actes prothétiques entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé	Rbt intégral					
Prothèses amovibles et réparations	Rbt intégral					
<b>Prothèses – Paniers Honoraires Modérés □ et Libres</b>						
Actes prothétiques hors du cadre panier de soins 100% Santé entrant dans le champ des paniers honoraires modérés / libres	150 %	200 %	250 %	300 %	400 %	
Inlays et onlays d'obturation / Inlay core hors du cadre panier de soins 100% Santé entrant dans le champ des paniers honoraires modérés / libres	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %	
Plafond dentaire sur les prothèses, en année civile, hors soins et panier 100% Santé, pour la 1ère et 2ème année.	(6)	-	1 000 €	1 500 €	2 000 €	
Plafond dentaire sur les prothèses, en année civile, hors soins et panier 100% Santé, à partir de la 3ème année.	(6)	-	1 500 €	2 000 €	2 500 €	
<i>Le plafond s'applique sur les paniers honoraires modérés et libres des garanties du Contrat de Base, du pack et ne s'applique pas sur les soins et prothèses 100% Santé.</i>						
<b>Autres prestations dentaires</b>						
Orthodontie prise en charge par le RO (par semestre)	(7)	100 %				
Implantologie et parodontologie non prises en charge par le RO	(7)	-	-	125 €/an	150 €/an	175 €/an

## TABLEAU DES GARANTIES – suite

AIDES AUDITIVES (8)	NIVEAU 125	NIVEAU 150	NIVEAU 200	NIVEAU 250	NIVEAU 350
<b>Équipements auditifs 100% Santé</b>					
Aides auditives entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé (classe I à prise en charge renforcée)	Rbt intégral				
<b>Équipements auditifs - panier honoraires libres</b>					
Aides auditives hors panier de soins 100% Santé (appareil de classe II à prix libres) - dans la limite des plafonds du contrat responsable (par oreille)					
	Personne > 20 ans	100%	100%+150 €	100%+350 €	100%+500 €
Personne <= 20 ans ou souffrant de cécité	100 %				
Consommables et accessoires (piles, embout,...) pris en charge par le RO	100 %				

BIEN-ÊTRE ET PRÉVENTION	NIVEAU 125	NIVEAU 150	NIVEAU 200	NIVEAU 250	NIVEAU 350	
<b>Médecine douce</b>						
Médecine douce non remboursée par le RO (praticiens : chiropracteur, ostéopathe, acupuncteur, diététicien, microkinésithérapeute, pédicure, podologue, psychologue, psychomotricien, sophrologue, réflexologue, phytothérapeute, naturopathe, homéopathe, mésothérapeute, hypnotiseur, ergothérapeute), par séance	(9)	-	20 € (maximum 2 séances par année civile)	25 € (maximum 3 séances par année civile)	30 € (maximum 3 séances par année civile)	40 € (maximum 4 séances par année civile)
<b>Prévention</b>						
Sevrage tabagique : tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) et non remboursés par le régime obligatoire	-	-	50 €/an	50 €/an	50 €/an	

CURES THERMALES	NIVEAU 125	NIVEAU 150	NIVEAU 200	NIVEAU 250	NIVEAU 350
<b>Cures thermales prises en charge par le RO</b>					
Honoraires médicaux (forfait de surveillance médicale, pratiques médicales complémentaires), frais d'hébergement et de transport	100 %				

GARANTIES D'ASSISTANCE (10) Seules les équipes d'AXA Assistance sont habilitées à fixer la durée des prestations.	NIVEAU 125	NIVEAU 150	NIVEAU 200	NIVEAU 250	NIVEAU 350
Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 30 heures				
Garde des enfants ou petits-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures				
Garde de personne dépendante pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 20 heures				
Garde des enfants malades pendant une immobilisation de plus de 8 jours	Une fois par an dans la limite de 40 heures				
Garde des animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 230 €				
Soutien pédagogique suite à une immobilisation au domicile	Une fois par an dans la limite de 10 heures par semaine pendant 2 mois				
Livraison de repas suite à une hospitalisation de plus de 24 heures ou pendant une immobilisation	Par événement dans la limite d'un repas par jour pendant 7 jours				
Rapatriement médical en cas d'atteinte corporelle grave	En cas de déplacement à plus de 30 km du domicile				
Retour des assurés	Dans le cadre du rapatriement médical de l'Assuré, prise en charge du retour au domicile des autres assurés				

GARANTIES DE PROTECTION JURIDIQUE SANTÉ (11)	NIVEAU 125	NIVEAU 150	NIVEAU 200	NIVEAU 250	NIVEAU 350
Informations juridiques	Litiges liés à la vie privée				
Gestion à l'amiable, soutien en cas de procédure juridique et prise en charge des frais de justice	Litiges (dès 300 € hors taxe de montants en jeu) liés à une erreur médicale ou à une atteinte à l'intégrité physique consécutive à une agression ou à un accident imputable à un tiers				

## LEXIQUE

**RO** : Régime Obligatoire - **BR** : Base de Remboursement Régime Obligatoire - **Rbt intégral** : Remboursement intégral – **DPTAM** : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM - CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés - **CAS** : Contrat d'Accès aux Soins - **OPTAM / OPTAM - CO** : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée / Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée pour les médecins exerçant une spécialité chirurgicale (chirurgien, ophtalmologue, oto-rhino-laryngologue, stomatologue et chirurgien oral) ou une spécialité de gynécologie obstétrique) – **PLV** : Prix Limite de Vente

## LÉGENDE

**(1)** Honoraires médicaux ou chirurgicaux lors d'une hospitalisation : pendant les 30 premiers jours suivant la date de début des garanties les remboursements sont effectués à hauteur de 100% BR (sauf en cas d'accident ou en cas de reprise à la concurrence : dans ce cas le taux entier est appliqué).

**(2)** Forfait journalier hospitalier illimité : exclu en établissements EHPAD et MAS.

**(3)** Chambre particulière limitée à 30 jours en séjour spécialisé (repos, rééducation (y compris les séjours contribuant à la lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie), la convalescence, la gériatrie, la neuropsychiatrie, la psychiatrie, la diététique, quel que soit l'établissement ainsi que les séjours en maison d'enfants à caractère sanitaire et social).

**(4)** Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, etc...

**(5)** Au 1er janvier 2020, les verres et montures faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier «100% Santé») sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente fixé pour ce type d'acte. Les verres et montures ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (tarif libre) sont pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019. Sauf dérogations suivantes, la prise en charge est limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture :

- par période de 2 ans de date à date pour les assurés âgés de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé\*\* prévu à l'article L.65-1 du Code de la Sécurité sociale),
- par période de 1 an de date à date pour les assurés de plus de 6 ans et de moins de 16 ans,
- par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur

Par dérogation, la période de 2 ans, qui s'applique aux assurés de 16 ans et plus, est réduite, en cas d'évolution de la vue à 1 an pour les frais exposés pour le renouvellement d'un équipement complet (deux verres et monture) justifié par une évolution de la vue.

Le point de départ pour le renouvellement est la date du 1er équipement.

\*\*Le renouvellement anticipé est autorisé lorsque survient une variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0.5 dioptrie d'un verre ou d'au moins 0.25 dioptrie sur chaque œil ou variation significative de l'axe (entre 5° et 20° selon le cylindre)

Classe A : correspond au panier 100% Santé. Fixation d'un PLV (Prix Limite de Vente) pour les montures à 30€. Fixation d'un PLV (Prix Limite de Vente) pour les verres qui varient selon les codes LPP (le code LPP du verre est déterminé par la correction visuelle)

Classe B : correspond au panier tarifs libres. Remboursement de la monture limité à 100€. Nouveaux plafonds de remboursements des Contrats Responsables 2020 définissant les montants planchers et plafonds

Verre Simple :

- 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 0,00 dioptries 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 ;

Verre complexe :

- 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 0,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ;
- verre unifocal sphéro cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure ou égale 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 ;

Verre très complexe :

- 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 0,00 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.

Dans le cas d'un panachage entre équipements 100% Santé et équipements Panier libre, les équipements 100% Santé sont remboursés à hauteur des frais réels dans la limite des prix définis par la réglementation. Le remboursement des équipements à tarifs libres est diminué de celui accordé pour les équipements 100% Santé par le régime obligatoire et le régime complémentaire. Les forfaits en € intègrent les remboursements du régime obligatoire.

**(6)** Seul le ticket modérateur est pris en charge au-delà de cette limite.

**(7)** Ce forfait ne peut pas être utilisé pour des soins ne figurant pas dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM).  
Par ailleurs :

Implantologie : remboursement effectué sur présentation de la facture du chirurgien-dentiste détaillant les frais et stipulant effectué en France métropolitaine.

Parodontologie : le poste parodontologie concerne les actes suivants : curetage / surfaçage, lambeau, greffe gingivale, allongement coronaire et greffe osseuse à l'exclusion de tout autre acte.

**(8)** Les équipements auditifs faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier «100% Santé») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente pour ce type d'acte. Les équipements ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (tarif libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n°2019-21 du 141 janvier 2019 (1 700 € par oreille quel que soit l'âge du bénéficiaire). Dans les deux cas, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans à compter de la délivrance de l'équipement. Sauf dérogations prévues par la réglementation, la période de renouvellement est décomptée par période de 4 ans et à partir de la date de la dernière acquisition d'aides auditives. Une aide auditive de classe I doit comporter au moins trois des huit options de la liste telles que prévoit la législation en vigueur.

**(9)** Justificatif à adresser : l'original de la facture ou pièce numérisée, au nom du bénéficiaire, détaillant les actes effectués en pièce justificative et indiquant le numéro ADELI, le numéro RPPS ou le numéro FINESS du praticien

**(10)** Se reporter aux conditions des garanties Assistance.

**(11)** Se reporter aux conditions des garanties Protection juridique.

**(12)** En cas d'achat sur Internet, c'est l'adresse du vendeur qui est utilisée pour définir si l'achat est réalisé en France.

□ Tels que définis réglementairement. Dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV) et plafonds du contrat responsable.

CONTRAT RESPONSABLE 2022 : Les garanties, niveaux de remboursement, et tarifs pourront être révisés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les contrats responsables. La mutuelle ne vous rembourse pas les franchises médicales et la participation forfaitaire légale sur les consultations. Hors parcours de soins, le désengagement du régime obligatoire et les pénalités pratiquées sous forme de dépassements d'honoraires autorisées ne sont pas pris en charge par la mutuelle. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022, le forfait patient urgences facturé pour les passages aux urgences non suivies d'une hospitalisation est pris en charge par la mutuelle. Le ticket modérateur est intégralement pris en charge par la mutuelle selon les conditions du contrat responsable, y compris pour les actes supérieurs à 120 euros en hospitalisation et pour les soins courants. Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur (scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans, détartrage annuel, premier bilan du langage oral ou écrit pour un enfant de 14 ans, dépistage de l'hépatite B, vaccinations, dépistage des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans, ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans). Les conditions d'accès au dispositif MonPsy sont disponibles sur le site : <https://monpsy.sante.gouv.fr/>

## PACKS AU CHOIX

Les packs peuvent être souscrits uniquement lors de l'adhésion au Contrat de Base sur les niveaux 150 à 350.

Les prestations des packs sont soumises à un délai d'attente de 3 mois.

PACK ESSENTIEL		NIVEAU 150	NIVEAU 200	NIVEAU 250	NIVEAU 350
<b>Optique</b> □					
Équipement lunettes prises en charge par le Régime obligatoire		+ 150 €/année de survenance de soins*** (dans la limite des plafonds du contrat responsable)			
Lentilles remboursées et non remboursées par le Régime obligatoire, ou chirurgie réfractive de l'œil		+ 150 €/an			
<b>Dentaire</b> □					
Prothèses dentaires remboursées par le Régime obligatoire		+ 250 €/an (pour les prothèses dentaires des paniers modéré et libre)			
Orthodontie remboursée par le Régime obligatoire		+ 500 €/an (pour enfant à charge : enfant de - de 16 ans à la date de l'accord de la Sécurité Sociale et durant la durée du traitement)			
Parodontologie et implantologie non remboursées par le Régime obligatoire	(7)	+ 125 €/an			
<b>Audioprothèse (8)</b>					
Audioprothèse de classe 2		+ 200 € par année de survenance de soins*** (dans la limite des plafonds du contrat responsable)			

\*\*\* Par année de survenance des soins = remboursement déclenché à compter de la date des soins uniquement en complément du remboursement effectué par le niveau de base souscrit, selon les limites et sur une période de renouvellement prévue au contrat responsable

PACK BIEN-ÊTRE		NIVEAU 150	NIVEAU 200	NIVEAU 250	NIVEAU 350
<b>Médecine douce</b>					
Médecine douce non remboursée par le RO (praticiens : chiropracteur, ostéopathe, acupuncteur, diététicien, microkinésithérapeute, pédicure, podologue, psycho-logue, psychomotricien, sophrologue, réflexologue, phytothérapeute, naturopathe, homéopathe, mésothérapeute, hypnotiseur, ergothérapeute)		+ 20 € par séance nombre de séances maximal selon la garantie de base)			
Cures thermales (en complément de la garantie de base). Le remboursement est conditionné à l'intervention du RO. La thalassothérapie est exclue.		150 €/an			
Médicaments (achetés en pharmacie physique ou en ligne, en France) prescrits non remboursés par le Régime obligatoire	(12)	30 €/an			

## COUVERTURE DU CONTRAT SURCOMPLÉMENTAIRE (non responsable)

Tous les remboursements au titre de la surcomplémentaire interviennent en complément du régime obligatoire français et de la complémentaire MÉANA SANTÉ SÉNIORS 2 de l'assuré (uniquement sur les niveaux 150 à 350), dans les limites du montant des garanties choisies à la souscription de la surcomplémentaire et des frais justifiés réellement engagés.

SURCOMPLÉMENTAIRE (non responsable)		NIVEAU 150	NIVEAU 200	NIVEAU 250	NIVEAU 350
<b>Hospitalisation **</b>					
Honoraires médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux DPTAM		+ 50 %	+ 100 %	+ 50 %	Pas de majoration
Honoraires médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux NON DPTAM		+ 80 %	+ 120 %	+ 100 %	+ 150 %
<b>Soins courants</b>					
Consultations et visites médecins généralistes et spécialistes DPTAM		+ 50 %	+ 100 %	+ 50 %	Pas de majoration
Consultations et visites médecins généralistes et spécialistes non DPTAM		+ 80 %	+ 120 %	+ 100 %	150 %
Actes de radiologie, d'imagerie et d'échographie DPTAM		+ 50 %	+ 100 %	+ 50 %	Pas de majoration
Actes de radiologie, d'imagerie et d'échographie non DPTAM		+ 80 %	+ 120 %	+ 100 %	+ 150 %
Actes techniques médicaux et chirurgicaux DPTAM		+ 50 %	+ 100 %	+ 50 %	Pas de majoration
Actes techniques médicaux et chirurgicaux non DPTAM		+ 80 %	+ 120 %	+ 80 %	+ 150 %

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux. Ils intègrent les remboursements du régime obligatoire (les forfaits et les limites exprimés en Euro s'entendent par assuré et par année civile sauf indication spécifique, les forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre). Seuls les frais, qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par le régime obligatoire d'assurance maladie français, sont pris en charge (sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties).

Le total des remboursements perçu par l'Assuré ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés. Les prestations détaillées dans le tableau ci-dessus s'entendent, dans tous les cas, selon les clauses et conditions du contrat. Conformément à la réglementation, la participation forfaitaire, les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports, ainsi que la majoration du ticket modérateur et les dépassements autorisés d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins ne sont pas pris en charge.

## GRILLE DE REMBOURSEMENTS OPTIQUE DU CONTRAT DE BASE (RESPONSABLE)

### EQUIPEMENT A TARIFS LIBRES

Le montant remboursé pour un équipement reste limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables selon la combinaison de verres.

AVEC LE PACK ESSENTIEL	NIVEAU 150	NIVEAU 200	NIVEAU 250	NIVEAU 350
Type d'équipement				
Forfait lunettes avec 2 verres simples de classe B	200 €	310 €	370 €	420 €
Forfait lunettes avec 2 verres complexes de classe B	350 €	430 €	500 €	700 €
Forfait lunettes avec 2 verres très complexes de classe B	350 €	500 €	600 €	800 €
Forfait lunettes avec 1 verre simple et 1 verre complexe de classe B	280 €	370 €	435 €	560 €
Forfait lunettes avec 1 verre simple et 1 verre très complexe de classe B	280 €	405 €	485 €	610 €
Forfait lunettes avec 1 verre complexe et 1 verre très complexe de classe B	350 €	465 €	550 €	750 €

# NOTICE D'INFORMATION DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

OU « CONTRAT DE BASE » (CONTRAT RESPONSABLE)

## ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

Le contrat a pour objet de garantir, pour l'Adhérent et sa famille assurée, le remboursement total ou partiel en fonction de la garantie choisie :

- De frais médicaux, chirurgicaux et hospitaliers occasionnés par une maladie, un accident ou une maternité, qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par leur régime obligatoire.
- Des dépenses de soins non prises en charge par le régime obligatoire mais relevant des garanties prévues au contrat.

Ce contrat peut être complété par une surcomplémentaire. Il sera alors dit « Contrat de Base », selon les modalités présentées dans la notice d'information relative au contrat surcomplémentaire santé (non responsable) ci-après.

## ARTICLE 2 - MODALITÉS D'ADHÉSION AU CONTRAT

L'adhésion se concrétise par la signature d'un bulletin par l'Adhérent valant acceptation des statuts de la Mutuelle, des statuts de l'Association ainsi que des droits et obligations définis au contrat collectif et repris dans la présente notice d'information.

L'adhésion est réalisée au moyen du bulletin d'adhésion rempli, daté et signé par l'Adhérent, à qui a été remis préalablement, la présente notice d'information et les statuts de la Mutuelle.

### 2.1 - CONDITIONS D'ADHÉSION

Peut adhérer au contrat, toute personne :

- ayant au moins 50 ans et moins de 91 ans (par différence de millésime) à la Date d'Effet de l'adhésion ;
- adhérant à l'Association souscriptrice du contrat collectif ;
- résidant en France métropolitaine ;
- étant affiliée à l'un des régimes obligatoires de Sécurité sociale suivants :
  - régime général de la Sécurité sociale et les régimes assimilés ;
  - régime Alsace-Moselle ;
  - régime des salariés agricoles et des exploitants agricoles.

**Ne sont pas admissibles les personnes ayant déjà une complémentaire santé.**

### 2.2 - RÈGLES D'ACCEPTATION DE L'ADHÉSION

L'adhésion au contrat est soumise à l'acceptation de l'Association. Elle reste subordonnée au respect de plusieurs conditions :

- réception du bulletin d'adhésion dûment complété (de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires à l'adhésion) et signé,
- paiement de la première cotisation incluant les droits d'entrée,
- règlement des droits associatifs dont les montants sont précisés à l'article 6.3 de la présente notice d'information.

L'acceptation de l'adhésion se matérialise par l'envoi d'un certificat d'adhésion qui mentionne la date de prise d'effet de la garantie, qui est concomitante à celle de la prise d'effet de l'adhésion.

### 2.3 - DURÉE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION

**L'adhésion au contrat et à l'association est effective pour une première période comprise entre sa date d'effet et la date d'échéance principale qui figure sur le certificat d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite chaque année, par tacite reconduction, à la date d'échéance principale.**

## ARTICLE 3 - LES GARANTIES

### 3.1 - DÉBUT DES GARANTIES

**Les garanties prennent effet pour chaque Assuré à compter de la date d'effet de l'adhésion à l'Association indiquée sur le certificat d'adhésion (la « Date d'Effet ») et sous réserve du respect des conditions prévues à l'article 2.2 ; cette date ne peut être antérieure à la date de réception du bulletin d'adhésion par l'Association.**

### 3.2 - CHANGEMENT DE NIVEAU DE GARANTIE

Toute diminution ou augmentation de garantie est soumise à l'acceptation de l'Association et concerne l'Adhérent et, le cas échéant, chaque assuré figurant au contrat.

Ces demandes peuvent être acceptées un an au moins après la date d'effet de l'adhésion. Par la suite, aucune diminution ou augmentation de garantie ne pourra être acceptée avant l'écoulement d'un délai de 12 mois de présence dans la formule précédemment souscrite.

Est considérée comme une hausse de garantie un changement de niveau ou de formule vers un niveau ou une formule supérieure.

Est considérée comme une baisse de garantie un changement de niveau ou de formule vers un niveau ou une formule inférieure.

Les nouvelles garanties prennent effet pour chaque assuré à compter de la date indiquée sur le certificat d'avenant à l'Association ; cette date ne peut être antérieure à la date de réception de la demande de modification par l'Association.

L'adhérent peut, à tout moment, demander l'ajout d'un assuré, tant que le contrat détenu est commercialisé par l'Association. Cette date ne peut être antérieure à la date de réception de la demande d'ajout par l'Association. Par exception, pour un nouveau-né, l'Association peut accepter un effet rétroactif à la date de naissance si la demande est réalisée dans les 3 mois qui suivent cette naissance.

Le nouvel assuré doit souscrire la même garantie que l'Adhérent auquel il est rattaché.

L'Adhérent peut demander le retrait d'un assuré à l'échéance principale de son adhésion et à tout moment en cas de décès ou d'adhésion de l'assuré à un contrat collectif obligatoire de son employeur. En cas de décès, le retrait sera effectif à la date du décès. En cas d'adhésion à un contrat collectif obligatoire, le retrait sera effectif à la date de la demande ou à une date postérieure de son choix.

Les Packs renforts ne peuvent être souscrits qu'au moment de l'adhésion au contrat.

### 3.3 - FIN DES GARANTIES

**Les garanties prennent fin, pour vous-même et votre famille :**

- **A la date d'échéance principale de l'exercice d'assurance au cours duquel vous ne répondez plus aux conditions d'adhésion,**
- **en cas de résiliation de votre adhésion, en application des dispositions prévues à l'article 8 « Résiliation de l'adhésion »,**
- **en cas de cessation du paiement des cotisations, selon les modalités de l'article 6 « Cotisations ».**

**La cessation des garanties, pour vous, entraîne la cessation des garanties pour vos ayants droit. Toutefois, lorsque la cessation des garanties est consécutive à votre décès et sous réserve que votre conjoint (ou la personne liée par un pacte civil de solidarité (PACS) ou le concubin) survivant acquitte normalement les cotisations correspondant aux garanties dont il bénéficie, celles-ci lui sont maintenues pour lui et vos enfants.**

**Votre adhésion enregistrée, vous ne pouvez être exclu contre votre gré tant que vous respectez les conditions d'adhésion, sauf en cas de réticence, d'omission, de déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi, et à la condition que la cotisation ait été payée.**

### 3.4 - DESCRIPTIF DES GARANTIES

Le présent contrat d'assurance complémentaire de santé est dit « contrat responsable », conformément aux articles L871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité sociale.

**Les remboursements des frais de soins sont toujours effectués en complément des remboursements des régimes obligatoires, dans la limite des frais réellement engagés et dans les limites et montants prévus au tableau des prestations. Ce dernier, qui fait partie intégrante de la présente notice d'information, détaille le montant des remboursements selon le niveau de garantie souscrit. Dans le cadre de la réforme dite 100% Santé et en application de l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, les dépenses de santé exposées dans le cadre des équipements 100% Santé sont intégralement prises en charge dans la limite des prix de vente fixés pour ce dispositif et après déduction des remboursements des régimes obligatoires.**

Sont remboursés uniquement les frais de soins définis au tableau des garanties dont le fait générateur intervient entre la date d'effet et la date de résiliation de votre adhésion au contrat.

Est considéré comme fait générateur :

- pour les frais de santé en général : la date des soins qui figure sur le décompte de remboursement de la Sécurité sociale
- pour les garanties liées à l'hospitalisation : la date d'entrée en établissement hospitalier qui figure sur le bulletin d'hospitalisation
- pour les traitements orthodontiques : la date de fin de traitement qui figure sur le décompte de la Sécurité sociale.

**Certains remboursements sont également régis par les dispositions suivantes.**

#### 3.4.1 - HOSPITALISATION

**Honoraires : Les trente premiers jours d'assurance, le remboursement est limité au ticket modérateur (sauf en cas d'accident ou en cas de reprise à la concurrence, dans ce cas le taux entier prévu au sein du tableau de garantie est appliqué). Cette prise en charge s'applique à l'adhésion du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.**

**Chambre particulière (niveaux 150 à 350 uniquement) :** Pour bénéficier de cette garantie, l'Assuré doit choisir un établissement conventionné ou agréé. **Pour les séjours spécialisés, les soins de suite et de réadaptation et les soins psychiatriques, le remboursement est limité à 30 jours par année civile et par assuré.**

**Frais accompagnant (niveaux 200 à 350 uniquement) :** Pour bénéficier de cette garantie, l'Assuré doit choisir un établissement conventionné ou agréé. **Le remboursement est limité à 15 € par jour et 150 € par an.**

**Forfait journalier hospitalier :** Remboursement pour toute hospitalisation (médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie et psychiatrie).

**Confort hospitalier (niveaux 200 à 350 uniquement) :** Remboursement pour toute hospitalisation (médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie et psychiatrie).

**Hospitalisation à domicile :** Remboursement pour les soins nécessaires au bénéficiaire dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale.

#### 3.4.2 - OPTIQUE MÉDICALE

- les équipements dans le cadre du 100% Santé sont intégralement pris en charge par les garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite des prix de vente fixée pour ce type d'actes en application de l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.
- les équipements à tarifs libres sont remboursés dans les limites et montants prévus au tableau de garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite fixée pour ce type d'actes en application de l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale. Le remboursement de la monture ne peut excéder 100 €.
- dans le cas d'un panachage entre équipements 100% Santé et équipements Panier libre, les équipements 100% Santé sont remboursés à hauteur des frais réels dans la limite des prix définis par la réglementation. Le remboursement des équipements à tarifs libres est diminué de celui accordé pour les équipements 100% Santé par le régime obligatoire et le régime complémentaire. Si la monture est à tarifs libres, son remboursement ne peut excéder 100 €.
- la prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus. Elle est limitée à une paire par an pour les enfants de moins de 16 ans en application de l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale. La prise en charge peut être plus fréquente en cas d'évolution de la vue ou d'inadaptation de l'équipement\*.

\*La modification de correction doit être justifiée par la fourniture d'une nouvelle prescription médicale ou d'un justificatif de l'opticien. Le point de départ pour le renouvellement est la date du 1er équipement. Pour les assurés presbytes ne voulant ou ne pouvant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de loin et un équipement pour la vision de près tous les 2 ans. Les conditions de renouvellement de la prise en charge sont fixées par l'article VIII de l'arrêté du 3 décembre 2018.

• **Lentilles (niveaux 200 à 350) :** les lentilles de contact sont des verres correcteurs qui, posés sur la cornée, corrigent la vue du bénéficiaire de manière instantanée. Toute lentille ne permettant pas de correction optique instantanée ne peut pas faire l'objet d'une prise en charge au titre de ce contrat).

### 3.4.3 - DENTAIRE

- les prothèses dans le cadre du 100% Santé sont prises en charge intégralement par les garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite des prix de vente fixée pour ce type d'actes en application de l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.
- les prothèses dans le cadre des équipements tarifs maîtrisés sont prises en charge dans les limites et montants prévus au tableau de prestation, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite des prix de vente fixée pour ce type d'actes en application de l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.
- les prothèses dans le cadre des équipements tarifs libres sont prises en charge dans les limites et montants prévus au tableau de garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire.
- **Le plafond dentaire annuel s'applique uniquement sur les paniers honoraires modérés et libres et ne s'applique pas sur les soins et prothèses 100% Santé.**

### 3.4.4 - AIDES AUDITIVES

- les aides auditives dans le cadre du 100% Santé sont intégralement prises en charge par les garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite du prix de vente fixée pour ce type d'actes en application de l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.
- les aides auditives à tarifs libres sont remboursées dans les limites et montants prévus au tableau de garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite fixée pour ce type d'actes en application de l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.
- la prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans, conformément à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

### 3.4.5 - PREVENTION ET BIEN-ETRE

- les prestations (niveaux 150 à 350) délivrées par les chiropracteurs, ostéopathes, acupuncteurs, diététiciens, microkinésithérapeutes, pédicure, podologues, psychologues, psychomotriciens, sophrologues, réflexologues, phytothérapeutes, naturopathes, homéopathes, mésothérapeutes, hypnotiseurs et ergothérapeutes sont prises en charge selon les conditions exposées dans le tableau de garantie. Pour ces professions, nous prenons en charge au titre de cette prestation les actes qui ne donnent pas lieu à remboursement par le régime obligatoire. Le praticien délivrant les soins doit être reconnu par la Sécurité sociale : il doit disposer d'un numéro de référencement ADELI, RPPS ou FINESS
- Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans le but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) et non remboursés par le régime obligatoire sont remboursés selon les conditions figurant au tableau de garantie (niveaux 200 à 350)

### 3.4.6 - CURE

Les honoraires médicaux (forfait de surveillance médicale, pratiques médicales complémentaires), les frais d'hébergement et de transport sont pris en charges selon les conditions du tableau de garantie. **Les frais de thalassothérapie ne sont pas pris en charge.**

### 3.4.7 - PACKS

L'adhésion à l'un ou aux deux packs optionnels s'applique obligatoirement pour l'ensemble de la famille. Les packs peuvent être souscrits uniquement au moment de l'adhésion (dans le respect de l'Article 3.2). Ils améliorent le niveau de remboursement de certaines prestations prévues dans le niveau de garantie souscrit (niveaux 150 à 350) et définies en annexe du tableau des prestations.

**Option « Pack ESSENTIEL » (PE) :** L'adhésion à cette option peut se faire lors de l'adhésion au contrat collectif (dans le respect de l'Article 3.2). Cette option permet d'améliorer le remboursement prévu dans le niveau souscrit pour :

- les équipements optique à tarifs libres, les lentilles remboursées et non remboursées par le Régime obligatoire, ou chirurgie réfractive de l'œil,
- l'orthodontie, les prothèses à tarifs libres et/ou limités, la parodontologie et l'implantologie non remboursées par le régime obligatoire,
- les aides auditives à tarifs libres.

**Option « Pack Bien Être » (PBE) :** L'adhésion à cette option peut se faire lors de l'adhésion au contrat collectif (dans le respect de l'Article 3.2). Cette option permet d'améliorer le remboursement prévu dans le niveau souscrit pour la médecine douce et les médicaments et vaccins prescrits non remboursés par le régime obligatoire. Elle prévoit également un forfait pour la cure thermale.

Les packs Essentiel et Bien être sont cumulables.

Les prestations des packs sont soumises à un délai d'attente de 3 mois.

## 3.5 - EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

### 3.5.1 - EXCLUSIONS GÉNÉRALES

**Sont exclus de tout remboursement :**

- les soins antérieurs à la date d'effet de l'adhésion ;
- les frais ayant fait l'objet d'un refus administratif de la Sécurité sociale ;
- les frais pour lesquels vous n'avez pas fourni les justificatifs demandés (si le seul décompte de votre régime obligatoire ne suffit pas, vous devrez nous fournir des justificatifs complémentaires : facture, prescription, note d'honoraires) ;
- les soins et les prestations associés à une Discipline Médico Tarifaire (DMT) relative à une hospitalisation de longue durée (par exemple : 176 « Long séjour pour personnes ayant perdu leur autonomie de vie ») dès le premier jour ;
- les soins et les prestations relatifs à une hospitalisation de plus d'1 an en continu ou discontinu pour la même pathologie ;
- les soins et les prestations réalisés par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).
- les dépassements des plafonds des prix limites de vente des équipements d'optique, d'aides auditives et de soins prothétiques dentaires respectant ces plafonds, lorsque le professionnel de santé ne respecte pas ses engagements conventionnels ;
  - les pénalités appliquées par la Sécurité sociale pour non-respect du parcours de soins : majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels ;
  - la participation forfaitaire et les franchises sur boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport sanitaire ;
  - les frais de chirurgie esthétique non remboursés par la Sécurité sociale.

Par ailleurs, dans le cadre de la prescription, nous ne prenons pas en charge les soins antérieurs de 2 ans à la date de leur demande de prise en charge.

### 3.5.2 - LIMITATIONS

**Pour les frais de chirurgie esthétique remboursés par la Sécurité sociale, non consécutifs à une hospitalisation (en vue d'un traitement médical ou suite à un accident), ces derniers sont remboursés à hauteur de 100% du tarif de responsabilité.**

### 3.6 - TERRITORIALITÉ

Les Frais de santé engagés dans le cadre de soins dispensés à l'étranger peuvent être pris en charge dès lors qu'ils interviennent en complément des prestations versées par la Sécurité sociale française et effectuées en euros, selon les garanties prévues au contrat.

En tout état de cause, le remboursement ne pourra être inférieur aux conditions de prise en charge minimales et répondra aux exclusions liées au cahier des charges du « contrat responsable ». Si cela est nécessaire, l'ensemble des documents justificatifs devront être traduits et les montants convertis dans la monnaie légale en vigueur en France.

## ARTICLE 4 - SERVICES ASSOCIÉS A L'ADHÉSION DU CONTRAT SANTÉ DE BASE

### 4.1 - TÉLÉTRANSMISSION ET TIERS-PAYANT

Condition à respecter pour les deux services ci-dessous : adresser à l'Association, en qualité de gestionnaire, la copie de l'attestation Vitale de chacun des membres de la famille.

#### 4.1.1 - TÉLÉTRANSMISSION AVEC LES RÉGIMES OBLIGATOIRES

Les décomptes de remboursement des Assurés peuvent être transmis, sous forme d'images informatiques, à l'Association directement par les caisses d'assurance maladie, évitant ainsi l'envoi des décomptes par l'Assuré à l'Association. Dans ce cas, la mention du type « ...transmis par votre caisse d'assurance maladie à votre organisme complémentaire » doit figurer sur votre décompte. L'Assuré peut, à tout moment, sur demande écrite à l'Association, mettre fin à ces transmissions.

#### 4.1.2 - TIERS-PAYANT SANTÉ

Il permet à l'Assuré de ne pas faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Il fonctionne sur simple présentation de l'Attestation de Tiers Payant Santé (ATPS) et il permet de bénéficier, dans le cadre d'un contrat responsable, d'une prise en charge immédiate équivalente, au minimum, au ticket modérateur. Pour en bénéficier, les dépenses de santé doivent être concernées par le tiers payant, le professionnel de santé doit accepter également le tiers payant avec le régime obligatoire et la garantie doit au moins prévoir le ticket modérateur (hors pharmacie si mention particulière sur l'ATPS). L'assuré bénéficie également du tiers payant pour la prise en charge des consultations auprès de psychologues dans le cadre du dispositif Mon soutien psy.

### 4.2 - PRISE EN CHARGE

L'Assuré peut demander une attestation d'engagement de prise en charge par l'Association, en qualité de gestionnaire, sur sa demande ou sur celle du professionnel concerné dans les limites prévues au tableau des garanties, pour l'ensemble des postes suivants :

- Hospitalisation : frais de séjour dans la limite de 100 % de la base de remboursement, forfait journalier hospitalier, chambre particulière, confort hospitalier et frais accompagnant (la prise en charge Hospitalisation ne peut être effectuée que pour les séjours médicaux ou chirurgicaux en hôpital public ou clinique conventionnée).
- Dentaire : orthodontie, prothèses, implants et parodontologie.
- Optique : verres, montures et lentilles acceptées par le régime obligatoire, ainsi que l'opération au laser, le traitement DMLA et les implants intraoculaires multifocaux s'ils sont prévus dans le tableau des prestations.
- Matériel médical : frais d'orthopédie, appareillage et prothèse autre que dentaire.

## ARTICLE 5 - MODALITÉS D'OBTENTION DES REMBOURSEMENTS

Pour obtenir le paiement des prestations, l'Assuré doit faire parvenir à l'Association les pièces justificatives relatives à sa demande.

L'original du justificatif reste obligatoire :

- Pour toute suspicion de fraude,
- Et dans tous les cas où l'instruction du dossier le nécessite pour apprécier le droit à la garantie (factures, etc.).

### Pièces justificatives pour les prestations prises en charge par le Régime Obligatoire

LES PRESTATIONS	RAPPEL DES PIÈCES CONSTITUTIVES
Médecine courante	Décompte de la Sécurité sociale, et la facture le cas échéant
Acte de prévention	Décompte de la Sécurité sociale, et la facture le cas échéant
Frais de transport	Décompte de la Sécurité sociale, et la facture le cas échéant
Pharmacie	Décompte de la Sécurité sociale, et la facture le cas échéant
Dentaire	Décompte de la Sécurité sociale, et la facture le cas échéant Pour l'orthodontie, la facture détaillée et acquittée doit présenter le nom, l'adresse du praticien ou de l'établissement, son numéro ADELI, RPPS ou FINESS, son cachet professionnel et sa signature.
Optique Lunettes	Décompte de la Sécurité sociale, et la facture le cas échéant Dans le cas du renouvellement de l'équipement en cas d'évolution de la vue : Facture mentionnant la correction visuelle et le type de verre (à défaut l'ordonnance).
Auditif	Décompte de la Sécurité sociale, et la facture le cas échéant,
Appareillages et prothèses diverses (autres que les prothèses dentaires et auditives)	Décompte de la Sécurité sociale, et la facture le cas échéant,

<b>Hospitalisation</b>	Selon la facturation dont relève l'établissement : - Bordereau de facturation et/ou les facturettes de TV, - Pour les décomptes de la Sécurité sociale ne mentionnant pas les dépassements d'honoraires : Bordereau de facturation ou les notes d'honoraires,
<b>Cures thermales</b>	Décompte de la Sécurité sociale, Facture

#### Pièces justificatives pour les actes non remboursés par la Régime Obligatoire

LES PRESTATIONS	RAPPEL DES PIÈCES CONSTITUTIVES
<b>Chambre Particulière et frais d'accompagnant</b>	Facture ou bordereau
<b>Prévention</b> - Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin - Pharmacie non remboursée - Médecine douce - Sevrage tabagique	Prescription médicale et facture Prescription médicale et facture Facture Prescription médicale et facture
<b>Prothèses dentaires</b>	Facture détaillée de tous les actes mentionnant en particulier le numéro des dents soignées.
<b>Actes de parodontologie</b>	Facture détaillée
<b>Implants dentaires</b>	Facture détaillée de tous les actes mentionnant en particulier le numéro des dents soignées.
<b>Optique</b> <b>Lentilles non prises en charge par le RO</b>	Facture ainsi que la prescription médicale (cette dernière est requise en cas d'achat sur internet).
<b>Optique/Chirurgie réfractive/Implant oculaire</b>	Facture détaillée

Les justificatifs susvisés sont à adresser à :

**ASAF & AFPS - Service Prestations - Les Templiers - 950 Route des Colles - CS 50335 - 06906 BIOT-SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX  
ou via l'espace Adhérent sur asaf-afps.fr**

## ARTICLE 6 - COTISATIONS

### 6.1 - MONTANT DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation est mentionné sur le bulletin d'adhésion. Il est déterminé en fonction :

- du niveau de garantie choisi,
- du ou des Packs renforts (s'il a été choisi),
- de l'âge des Assurés à la prise d'effet de l'adhésion,
- du lieu de résidence,
- de la composition familiale,
- du régime obligatoire.

### 6.2 - ÉVOLUTION DES COTISATIONS

Les cotisations peuvent évoluer :

- à la date d'échéance principale du contrat suite à la modification du contrat d'assurance convenue entre la Mutuelle et le souscripteur :
  - selon l'âge de chaque Assuré, à compter du 1er janvier de l'année du 21ème anniversaire, le calcul de l'âge étant effectué par différence de millésime, c'est-à-dire par différence entre l'année d'effet du contrat et l'année de naissance. Au renouvellement annuel, correspondant à la date de l'échéance principale du contrat, l'âge pris en compte est l'âge au 1er janvier de l'année de renouvellement.
  - suite à un accroissement des indices d'augmentation de la consommation médicale publiés par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés pour tenir compte de l'évolution des charges et dépenses de santé,
  - suite à une évolution des résultats techniques constatée sur une catégorie de garanties ou sur un groupe d'Adhérents. Cette évolution peut notamment résulter d'une progression des remboursements supérieure, sur la même période, aux indices cités ci-dessus.
- à la date d'échéance principale du contrat ou éventuellement en cours d'année : suite à une modification fiscale, législative ou réglementaire qui viendrait à affecter ou modifier les remboursements des assurances sociales et des régimes obligatoires.

### 6.3 - MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations (incluant les droits associatifs) sont payables d'avance à l'Association, en tant que gestionnaire, par prélèvement bancaire ou par chèque, au siège de l'Association avec une faculté de règlement fractionné mensuel ou trimestriel (prélèvement bancaire obligatoire pour ces deux fractionnements) ou semestriel. Le bénéfice des garanties est subordonné au règlement de l'ensemble des cotisations.

En cas de prélèvement bancaire, l'établissement bancaire doit être inscrit dans un pays de l'Espace économique européen.  
En cas de paiement par chèque, celui-ci doit être tiré sur un compte ouvert dans un établissement bancaire situé en France.

### 6.4 - CONSÉQUENCES DU DÉFAUT DE PAIEMENT

En cas de paiement tardif et/ou partiel des cotisations, les versements sont imputés à l'échéance impayée la plus ancienne. Les impôts et taxes restent à la charge de l'Adhérent. Si la cotisation ou une partie de celle-ci n'est pas payée dans les 10 jours de son

échéance, la Mutuelle peut (indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice) par l'intermédiaire de l'Association :

- adresser au dernier domicile connu de l'Adhérent une lettre recommandée valant mise en demeure,
- résilier le contrat et exclure l'Adhérent dans un délai de **40 jours à compter de la notification de la mise en demeure. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations effectivement versées antérieurement par le débiteur de cotisations.** La résiliation de l'adhésion au contrat pour non-paiement de la cotisation ne dispense pas l'Adhérent de l'obligation de payer l'intégralité de la cotisation prévue au contrat pour toute la période de garantie en cours. En particulier, en cas de non-paiement d'une fraction de la cotisation annuelle, c'est la totalité de cette dernière qui est due à l'Association. Les frais de procédure et de recouvrement sont à la charge de l'Adhérent.

## ARTICLE 7 – COMPENSATION

Toutes obligations réciproques, présentes ou futures, entre les parties au contrat s'éteignent par compensation conformément aux articles 1347 et suivants du code civil, dès lors que ces obligations sont certaines, liquides et exigibles.

## ARTICLE 8 – RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

**L'Adhérent peut résilier son adhésion au contrat et à l'Association :**

- A la date d'échéance principale du contrat par notification adressée au plus tard deux (2) mois avant cette date d'échéance. La date d'expédition de la notification de résiliation fait foi pour le respect du délai.
- A tout moment au terme de la première année d'assurance sans frais ni pénalités. La résiliation prendra effet à la date que vous souhaitez, et au plus tôt 30 jours après réception par nos services de la notification de résiliation.
- Suite à un changement de situation qui justifie une modification de votre garantie. La demande de résiliation doit nous être adressée, avec justificatif, dans les 3 mois qui suivent la date de l'évènement. La résiliation prend effet un mois après la réception de la notification de résiliation.
- En cas de modification du contrat, telle qu'une hausse de la cotisation, à l'initiative de la Mutuelle ou de la portée des engagements de l'Association. La résiliation doit nous être adressée dans un délai d'un mois suivant la date à laquelle l'Adhérent a été informé de la modification. La résiliation prend effet un mois après l'envoi de la notification de résiliation.
- En cas de décès de l'Adhérent (sur présentation du certificat de décès). En présence d'autres assurés, avec l'accord de l'Association, les droits et obligations de l'Adhérent décédé peuvent être transférés à l'un d'entre eux par voie d'avenant. La désignation d'un nouvel Adhérent doit s'effectuer avant la prochaine échéance du contrat.

Quelle que soit la faculté de résiliation utilisée, l'Adhérent a la possibilité de nous notifier sa résiliation dans les conditions prévues à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité, notamment :

- Par lettre simple, recommandée au format papier ou électronique ;
- Par voie électronique et notamment par le biais de son espace Adhérent en se connectant sur [asaf-afps.fr](http://asaf-afps.fr)

A réception de la notification, une confirmation écrite sera adressée à l'Adhérent précisant la date de prise d'effet de la résiliation.

L'Adhérent n'est redevable que de la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. En cas de trop perçu, le solde sera remboursé dans un délai de trente jours à compter de la date de résiliation. En cas de restant dû, il devra être acquitté selon les dispositions concernant le règlement des cotisations prévues au paragraphe « Cotisations ».

Si l'Adhérent a confié les formalités de résiliation à son nouvel assureur en vue de souscrire auprès de lui un nouveau contrat, les garanties du contrat seront maintenues, sous réserve du paiement des cotisations, jusqu'à la date d'effet du nouveau contrat d'assurance.

## ARTICLE 9 – RENONCIATION

La signature du bulletin d'adhésion ne constitue pas un engagement définitif pour l'Adhérent s'il a adhéré suite à un démarchage ou à distance.

L'Adhérent bénéficie d'un délai de renonciation :

### **En cas d'adhésion par voie de démarchage :**

Constitue une vente par démarchage, toute adhésion intervenue au domicile, à la résidence ou au lieu de travail du candidat à l'assurance y compris à sa demande, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle.

Dans ce cas, l'Adhérent dispose d'un délai de renonciation de **quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion** sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Toutefois, dès lors qu'il a connaissance de la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du contrat, l'Adhérent ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

### **En cas d'adhésion à distance :**

Constitue une vente à distance toute adhésion intervenue au moyen d'une technique de communication à distance sur support papier, par téléphone ou en ligne sans la présence physique simultanée de l'Adhérent et du distributeur d'assurance.

Dans ce cas, l'Adhérent dispose d'un délai de **renonciation de quatorze jours calendaires révolus à compter de la date d'effet de son adhésion**, ou de la date à laquelle il reçoit les conditions d'adhésion et les informations précontractuelles si cet évènement est postérieur, sans avoir à justifier d'un motif, ni à supporter de pénalités.

**Dans tous les cas**, l'exercice de ce droit à renonciation entraîne la résiliation de l'adhésion, mettant fin à l'ensemble des garanties, à compter de la date de réception de la lettre de renonciation, à condition qu'aucune prestation n'ait déjà été versée au titre dudit contrat. Les cotisations déjà versées sont remboursées au prorata de la période de garantie déjà écoulée, dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception de la lettre de renonciation.

**Dès lors que des prestations ont été versées au titre de l'adhésion au contrat, le droit à renonciation ne peut plus être exercé.**

Pour renoncer à son adhésion, l'Adhérent notifie sa volonté par lettre recommandée avec demande d'avis de réception à : ASAF & AFPS - Les Templiers - 950 Route des Colles - CS 50335 - 06906 BIOT- SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX avant l'expiration du délai de 14 jours indiqué ci-dessus.

Elle peut être rédigée selon le modèle de lettre suivant :

« Je soussigné(e), (nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon adhésion au contrat MÉANA SANTÉ SENIORS 2 n° \_\_\_\_\_ conclue auprès du cabinet \_\_\_\_\_ en date du \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_, le \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Signature de l'Adhérent ».

## ARTICLE 10 – RÉCLAMATIONS

Le paragraphe ci-dessous précise les modalités d'examen des réclamations et le recours possible au service de la Médiation CNPM (Chambre Nationale des Praticiens de la Médiation).

### Comment adresser votre réclamation ?

Dans tous les cas, vous devez formaliser par écrit votre réclamation afin que nous puissions répondre au mieux à votre insatisfaction, et l'adresser à votre Service Client ASAF & AFPS habituel (ses coordonnées sont indiquées sur vos courriers) ou, à tout moment, au Service en charge du traitement des réclamations en fonction de la nature du litige :

#### Pour les garanties d'assurance :

- en ligne depuis votre Espace Adhérent ASAF & AFPS ([www.asaf-afps.fr](http://www.asaf-afps.fr))
- ou par courrier, à l'adresse suivante :  
ASAF & AFPS - Les Templiers - 950 Route des Colles - CS 50335 - 06906 BIOT-SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX

#### Pour les garanties d'assistance :

En ce qui concerne la souscription et la gestion du contrat :

- en ligne depuis votre Espace Adhérent ASAF & AFPS ([www.asaf-afps.fr](http://www.asaf-afps.fr))
- ou par courrier, à l'adresse suivante :  
ASAF & AFPS - Les Templiers - 950 Route des Colles - CS 50335 - 06906 BIOT-SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX

#### Pour les garanties de protection juridique :

- par e-mail à [servicereclamation@juridica.fr](mailto:servicereclamation@juridica.fr)
- ou par courrier, à l'adresse suivante : JURIDICA – Service Réclamations – 1 place Victorien Sardou – 78166 Marly-le-Roi Cedex

En ce qui concerne la gestion des sinistres :

- via le formulaire de contact sur [www.axa-assistance.fr/contact](http://www.axa-assistance.fr/contact)
- ou par courrier, à l'adresse suivante :  
AXA Partners - Service Gestion Relation Clientèle - 6 rue André Gide - 92320 CHATILLON.

#### Pour les garanties de protection juridique :

- par e-mail à [servicereclamation@juridica.fr](mailto:servicereclamation@juridica.fr)
- ou par courrier, à l'adresse suivante : JURIDICA – Service Réclamations – 1 place Victorien Sardou – 78166 Marly-le-Roi Cedex

### Nos engagements

Un accusé de réception vous sera adressé dans un délai maximum de dix (10) jours.

Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin et une réponse argumentée vous sera adressée dans un délai maximum de soixante (60) jours.

## LA SAISINE DU MEDIATEUR

Vous pouvez saisir le service de médiation CNPM :

- soit à réception de notre réponse argumentée si elle ne vous donne pas satisfaction,
- soit, en l'absence de réponse de notre part, deux mois après votre première réclamation écrite,
- et en tout état de cause, dans un délai maximum d'un an à compter de la date de votre première réclamation écrite.

Cette saisine peut se faire :

- par voie électronique, en déposant votre dossier sur le site [cnpm-mediation-consommation.eu](http://cnpm-mediation-consommation.eu)
- ou par courrier, à l'adresse suivante :  
CNPM – MEDIATION – CONSOMMATION – 27, avenue de la libération – 42400 SAINT-CHAMOND.

L'intervention du Médiateur est gratuite.

La médiation est organisée conformément au processus de médiation pour les litiges de la consommation de CNPM – MEDIATION – CONSOMMATION, disponible sur le site : [cnpm-mediation-consommation.eu](http://cnpm-mediation-consommation.eu)

Les deux parties, vous-même et l'Association, restent libres de suivre ou non la proposition du Médiateur.

Vous conservez à tout moment la possibilité de saisir le tribunal compétent.

## ARTICLE 11 - DISPOSITIONS DIVERSES

### 11.1 - DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

Si vous êtes un consommateur et que vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique BLOCTEL. Pour plus d'informations, consultez le site [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr).

### 11.2 – EXPERTISE MEDICALE

À tout moment, l'Association peut vous demander, à l'attention de son Médecin conseil, outre les pièces justificatives prévues pour l'ouverture des droits au bénéfice de chaque prestation, des pièces complémentaires ou des examens afin d'apprécier votre situation vis-à-vis des garanties prévues au contrat.

Les décisions prises en fonction des conclusions du Médecin conseil, vous sont notifiées par courrier recommandé et s'imposent à vous si vous n'en avez pas contesté le bien fondé, par lettre recommandée, dans les 2 mois suivant leur envoi, au moyen d'une attestation médicale détaillée. Elles peuvent conduire l'Association à cesser, à refuser ou à réduire le versement des prestations.

En cas de désaccord, chaque partie désignera un médecin. En cas de divergence entre ces deux médecins, ceux-ci s'adjoindront par voie amiable ou judiciaire, un troisième pour les départager.

Les honoraires et les frais relatifs à l'intervention de chacun des deux premiers médecins sont à la charge de la partie qui l'a désigné. Ceux concernant le troisième médecin sont supportés par moitié par les deux parties.

### 11.3 - SUBROGATION

En cas d'accident causé par un tiers, la déclaration doit en être faite à l'Association. Après remboursement des frais de santé dans les conditions prévues au tableau des prestations, la Mutuelle exercera son recours contre le tiers responsable à concurrence des prestations et indemnités versées à l'Assuré, conformément à l'Article L. 224-9 du Code de la mutualité.

### 11.4 - MODIFICATIONS LÉGISLATIVES ET RÉGLEMENTAIRES

Lorsque la loi ou la réglementation modifie les conditions contractuelles ou la portée de ses engagements, l'Association est susceptible de modifier les modalités de votre adhésion pour l'adapter à la nouvelle situation et ce dès l'application de cette nouvelle réglementation ou au plus tard, dès la prochaine échéance principale qui suit cette application.

### 11.5 - LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

La Mutuelle et l'Associations sont soumises aux obligations légales de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme issues principalement du Code monétaire et financier (articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier).

Afin de nous permettre de respecter ces obligations, vous vous engagez à nous remettre les éléments et justificatifs d'identification et de connaissance Adhérent qui vous sont relatifs ainsi que le cas échéant ceux concernant les assurés et bénéficiaires. En vertu du principe de vigilance constante, l'ensemble de ces éléments devra être actualisé notamment au moment de la délivrance de la prestation au profit des assurés et bénéficiaires.

Vous vous engagez par ailleurs à ce que les sommes qui sont ou seront versées par vos soins au titre de ce contrat ne proviennent pas d'une fraude fiscale ou de toute autre infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an et ne participent pas au financement du terrorisme.

En cas de non-respect de ces différentes obligations et dans les cas légalement prévus, la Mutuelle réalisera une déclaration de soupçon auprès de TRACFIN ou toute autre démarche auprès des autorités compétentes conformément à la réglementation susvisée.

### 11.6 - MESURES RESTRICTIVES

Le présent contrat sera sans effet et la Mutuelle ne sera pas tenue de payer une indemnité ou de fournir des garanties à ce titre dès lors que l'exécution du contrat exposerait cette dernière (la Mutuelle) aux sanctions, interdictions ou aux restrictions résultant des résolutions des Nations Unies ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois ou règlements édictées par l'Union européenne, le Royaume-Uni ou les Etats-Unis d'Amérique.

### 11.7 – PRESCRIPTION

#### Point de départ et délai de prescription

Conformément à l'Article L. 221-11 du Code de la mutualité :

*Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.*

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;

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

*Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.*

#### Causes d'interruption de la prescription

Conformément à l'Article L. 221-12 du Code de la mutualité, « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription auxquelles l'article L. 221-12 du Code de la mutualité fait référence sont :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait qui interrompt le délai de prescription (Article 2240 du Code civil).

- La demande en justice, même en référé, qui interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (Article 2241 du Code civil).

- L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (Article 2242 du Code civil).

- L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (Article 2243 du Code civil).

- Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (Article 2244 du Code civil).

- L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la

reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (Article 2245 du Code civil).

- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (Article 2246 du Code civil).

Conformément à l'Article L. 221-12-1 du Code de la mutualité, *par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties à une opération individuelle ou collective ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.*

### **11.8– DECLARATIONS FAUSSES, ERRONEES OU OMISES**

L'adhésion est établie sur la base de vos déclarations, de vos réponses aux questions qui vous ont été posées notamment dans le bulletin d'adhésion que vous devez signer.

Vous devez à l'adhésion, répondre exactement aux questions que nous vous posons concernant votre identité, votre date de naissance, votre régime d'assurance maladie obligatoire, votre adresse de résidence principale et votre qualité de résident fiscal français.

En cours de contrat, vous avez obligation de nous déclarer toutes les circonstances nouvelles, à l'exception des modifications de l'état de santé des assurés, qui ont pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et rendent de ce fait inexacts ou caduques les réponses faites à l'adhésion de votre contrat.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle permet d'opposer la nullité du contrat quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur (article L221-14 du Code de).

Toute omission ou déclaration inexacte non intentionnelle constatée après sinistre entraîne une réduction proportionnelle d'indemnisation.

### **11.9 – FRAUDE**

Dans l'hypothèse où l'Association démontrerait une fraude commise par l'Adhérent ou les assurés couverts par le présent contrat, l'Association se réserve le droit de demander le remboursement des sommes trop payées au titre des prestations de santé, dans le respect des procédures réglementaires. La fraude inclut la manipulation délibérée des données médicales ou des documents médicaux (y compris factures, notes d'honoraires).

# NOTICE D'INFORMATION DE LA SURCOMPLÉMENTAIRE SANTÉ (CONTRAT NON RESPONSABLE)

## ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

Le contrat MÉANA SANTÉ SENIORS 2 surcomplémentaire vient en complément du Contrat de Base MÉANA SANTÉ SENIORS 2 dont il est indissociable. Il a pour objet de garantir, pour l'Adhérent et sa famille assurée, un complément de remboursement pour les prestations et soins tels que définis dans le tableau des garanties ci-dessus.

## ARTICLE 2 - MODALITÉS D'ADHÉSION AU CONTRAT

L'adhésion se concrétise par la signature d'un bulletin par l'Adhérent valant acceptation des statuts de la Mutuelle, des statuts de l'Association ainsi que des droits et obligations définis au contrat collectif et repris dans la présente notice d'information.

L'adhésion est réalisée au moyen du bulletin d'adhésion rempli, daté et signé par l'Adhérent, à qui a été remis préalablement, la présente notice d'information, les statuts de la Mutuelle.

### 2.1 - CONDITIONS D'ADHÉSION

L'adhésion à la Surcomplémentaire est exclusivement réservée aux personnes adhérentes au contrat MÉANA SANTÉ SENIORS 2,

- ayant au moins 50 ans et moins de 91 ans (par différence de millésime) lors de la date d'effet de l'adhésion ;
- ayant fait parvenir à l'Association un bulletin d'adhésion dûment complété (de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires à l'adhésion) et signé mentionnant chaque membre de la famille inscrit (les personnes assurées au titre de la Surcomplémentaire sont identiques à celles assurées au titre du contrat MÉANA SANTÉ SENIORS 2),
- ayant réglé la 1<sup>ère</sup> cotisation ;
- ayant choisi sur le contrat de Base MÉANA SANTÉ SENIORS 2 le niveau 150, 200, 250 ou 300.

L'adhésion à la surcomplémentaire prend effet au plus tôt à la date d'effet de l'adhésion au Contrat de Base. Si le contrat est souscrit postérieurement au Contrat de Base, l'adhésion au contrat surcomplémentaire prendra effet au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.

### 2.2 - DURÉE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION

**La première période d'assurance est comprise entre la date d'effet de l'adhésion et la date d'échéance principale qui figure sur le certificat d'adhésion. L'adhésion se renouvelle ensuite chaque année, par tacite reconduction, à la date d'échéance principale.**

## ARTICLE 3 - LES GARANTIES

### 3.1 - DÉBUT DES GARANTIES

**Les garanties prennent effet pour chaque Assuré à compter de la date indiquée sur le certificat d'adhésion et sous réserve du paiement de la première cotisation ; cette date ne peut être antérieure à la date de réception de la demande d'adhésion par l'Association et à la date d'effet de votre adhésion au contrat collectif de base.**

### 3.2 - NIVEAU DE GARANTIE

Le contrat collectif surcomplémentaire ne répond pas aux conditions du cahier des charges du contrat responsable.

Les prestations varient selon les niveaux de garanties proposés, le détail figurant au tableau des prestations. Le niveau de garantie de la surcomplémentaire dépend de celui souscrit au titre du Contrat de Base.

**La modification du niveau de garantie du Contrat de Base entraîne la modification du niveau de garantie de la surcomplémentaire.**

La modification concerne l'Adhérent et, le cas échéant, tous les assurés.

### 3.3 - FIN DES GARANTIES

**La cessation des garanties de la complémentaire entraîne la cessation des garanties surcomplémentaires pour l'Adhérent et tous les assurés.**

**Les garanties prennent fin, pour vous-même et votre famille :**

- en cas de résiliation de votre adhésion, en application des dispositions prévues, ci-après, à l'article 5 « Résiliation de l'adhésion »
- en cas de cessation du paiement des cotisations, selon les modalités, ci-après, de l'article 4 « Cotisations » de la Surcomplémentaire.

**La cessation des garanties, pour vous, entraîne la cessation des garanties de tous les assurés. Toutefois, lorsque la cessation des garanties est consécutive à votre décès et sous réserve que votre conjoint (ou la personne liée par un pacte civil de solidarité (PACS) ou le concubin) survivant acquitte normalement les cotisations correspondant aux garanties dont il bénéficie, celles-ci lui sont maintenues pour lui et vos enfants.**

**Votre adhésion enregistrée, vous ne pouvez être exclu contre votre gré tant que vous respectez les conditions d'adhésion, sauf en cas de réticence, d'omission, de déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi, et à la condition que la cotisation ait été payée.**

### 3.4 - DESCRIPTIF DES GARANTIES

Le contrat d'assurance surcomplémentaire est un contrat dit « contrat non responsable ». Il prend en charge les dépassements d'honoraires des médecins non Adhérents au DPTAM au-delà de la limite fixée par décret et dans les limites figurant au tableau des prestations ci-dessus.

Le contrat d'assurance surcomplémentaire ne prend pas en charge ni la majoration de la participation de l'Adhérent et les dépassements autorisés d'honoraires pour non-respect du parcours de soins ou refus d'accès au dossier médical, ni les participations forfaitaires (sauf celles prévues légalement sur certains actes tels que les actes lourds).

Les remboursements sont toujours effectués en complément des remboursements des régimes obligatoires et des remboursements effectués au titre du Contrat de Base, dans la limite des frais réellement engagés et dans les limites et montants prévus au tableau de garanties.

Si l'adhésion à la surcomplémentaire prend effet en même temps que l'adhésion au Contrat de Base, alors les prestations du contrat surcomplémentaire observent les mêmes limites que celles du contrat complémentaire, à savoir : les honoraires médicaux ou

chirurgicaux lors d'une hospitalisation, pendant les 30 premiers jours suivant la date de début des garanties, sont remboursés à hauteur de 100% BR (sauf en cas d'accident ou en cas de reprise à la concurrence : dans ce cas le taux entier est appliqué).

## ARTICLE 4 - COTISATIONS

### 4.1 - MONTANT DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation est mentionné sur le bulletin d'adhésion. Il est déterminé en fonction :

- de l'âge des Assurés à la prise d'effet de l'adhésion,
- du niveau de garantie choisi,
- du lieu de résidence,
- de la composition familiale.
- du régime obligatoire.

### 4.2 - ÉVOLUTIONS DES COTISATIONS

Les cotisations de la surcomplémentaire évoluent dans les mêmes conditions que les cotisations du contrat MÉANA SANTÉ SENIORS 2 telles que définies à l'article 6.2 de la notice d'information du contrat MÉANA SANTÉ SENIORS 2.

### 4.3 - MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Les modalités de paiement des cotisations de la surcomplémentaire sont identiques aux modalités de paiement des cotisations du Contrat de Base MÉANA SANTÉ SENIORS 2 telles que définies à l'article 6.3 de la notice d'information de ce contrat (à l'exception des droits associatifs qui ne sont dus qu'au titre du Contrat de Base).

### 4.4 - CONSÉQUENCES DU DÉFAUT DE PAIEMENT

Les conséquences du défaut de paiement des cotisations de la surcomplémentaire sont identiques aux conséquences du défaut de paiement des cotisations du Contrat de Base MÉANA SANTÉ SENIORS 2 telles que définies à l'article 6.4 de la notice d'information de ce contrat MÉANA SANTÉ SENIORS 2.

La couverture surcomplémentaire ayant pour objet de compléter la couverture du Contrat de Base et étant indissociable de cette dernière, en cas de suspension pour défaut de paiement des garanties du contrat MÉANA SANTÉ SENIORS 2, les garanties de la surcomplémentaire sont suspendues.

## ARTICLE 5 - RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

**La résiliation du Contrat de Base, pour quelque cause que ce soit, entraîne la résiliation de la surcomplémentaire.**

L'Adhérent peut également résilier son adhésion à la surcomplémentaire sans résiliation préalable de son Contrat de Base, dans les conditions de résiliation telles que définies à l'article 8 de la notice d'information de ce Contrat de Base MANA SANTÉ SENIORS 2.

## ARTICLE 6 - RENONCIATION

**La renonciation au Contrat de Base, pour quelque cause que ce soit, entraîne la renonciation à la surcomplémentaire.**

L'Adhérent peut également renoncer à son adhésion à la surcomplémentaire sans renoncer à son Contrat de Base, dans les conditions de renonciation telles que définies à l'article 9 de la notice d'information du Contrat de Base MÉANA SANTÉ SENIORS 2.

**LES DISPOSITIONS DES ARTICLES 3.5 (EXCLUSIONS ET LIMITATIONS), 3.6 (TERRITORIALITE), 5 (MODALITÉS D'OBTENTION DES REMBOURSEMENTS), 7 (COMPENSATION), 10 (RECLAMATIONS) ET 11 (DISPOSITIONS DIVERSES) DE LA NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT MÉANA SANTÉ SENIORS 2 S'APPLIQUENT SANS CHANGEMENT À LA SURCOMPLÉMENTAIRE.**

Sur le **contrat de prestations de services N° 2017 191 001** souscrit à effet du 1er janvier 2017 et modifié par avenant prenant effet le 1er janvier 2021 ayant pour objet d'étendre les services Itelis, tels que décrits dans la présente notice, lesquels sont inclus de manière obligatoire dans les contrats complémentaires santé de SMATIS FRANCE dans les conditions ci-après, entre : SMATIS FRANCE (mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité, dont le siège social se situe : 6, rue du Piave - CS 90000 - 16920 Angoulême cedex 9, immatriculée au Répertoire Sirène sous le N° SIREN 781166293), au profit de ses Adhérents personnes physiques et de leurs ayants droit inscrits, tels que désignés ci-après, Et Iséa, agissant sous la marque Itelis. Iséa est une société de services dans le domaine de la santé dont l'objectif est de favoriser l'accès à la santé aux meilleures conditions (société anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance, immatriculée au RCS de Paris sous le N°440358471, dont le siège social se situe : Immeuble « Le Diapason » - 218 avenue Jean-Jaurès - 75019 Paris par lequel sont inclus les services d'Itelis). ci-après décrits, de manière obligatoire dans les contrats complémentaires santé de SMATIS FRANCE dans les conditions ci-après.

Pour tout renseignement sur les prestations de la société Isea : Vous pouvez contacter SMATIS FRANCE au : 0977 400 400, vous faire rappeler gratuitement depuis [www.smatif.fr](http://www.smatif.fr) ou contacter, le cas échéant, le gestionnaire désigné de votre contrat complémentaire santé.

## 1- BENEFICIAIRES DES SERVICES ITELIS

Les Bénéficiaires des prestations de services Itelis (« les Bénéficiaires ») sont :

- Les personnes physiques ayant souscrit une garantie complémentaire santé de SMATIS FRANCE en cours de validité, que celle-ci soit distribuée directement par la Mutuelle ou par ses partenaires intermédiaires d'assurance et ce, dans le cadre d'une opération individuelle ou collective.
  - Ainsi que les membres de leur famille, nommément désignés sur leur bulletin d'adhésion (les ayants droit).
- Les Bénéficiaires doivent en outre, être titulaires d'une carte de tiers-payant.

## 2 - DESCRIPTION DES SERVICES D'ISEA OU ITELIS

### A - SERVICES D'ANALYSE DE DEVIS ET ACCÈS AUX RÉSEAUX DE SOINS ITELIS

Isea met à la disposition des Bénéficiaires la compétence de conseillers santé et d'experts (chirurgiens-dentistes, opticiens...), afin de les aider à mieux analyser l'offre qui leur est faite pour **la réalisation de prothèses dentaires, la réalisation d'audioprothèses ou pour l'achat de lunettes correctrices.**

#### A.1 - ANALYSE DES DEVIS

La mission du service consiste à analyser dans les domaines Dentaire, Audioprothèse et Optique, à la demande des Bénéficiaires, des devis préalablement complétés par les praticiens (en dehors des réseaux de professionnels de santé partenaires d'Iséa), afin d'évaluer de manière objective :

- La conformité technique des actes ou équipements par rapport à la prescription médicale (par exemple l'adéquation entre le type de verre et l'âge du Bénéficiaire),
- La cohérence des prix demandés au regard de la moyenne des prix pratiqués, à partir de bases de données tarifaires et selon les caractéristiques techniques de la prestation.

L'objectif est de s'assurer de la bonne conformité technique des actes / équipements, de réduire dans la mesure du possible le reste à charge du Bénéficiaire et/ou le montant de la participation de l'assureur en donnant au Bénéficiaire les éléments qui vont lui permettre de discuter avec son praticien. Il s'agit d'améliorer le niveau d'information du Bénéficiaire par une information spécialisée, personnalisée et pratique. Isea mettra à la disposition de SMATIS FRANCE les informations issues de l'analyse réalisée sur le tarif et l'équipement proposé par le praticien. SMATIS France communiquera l'information au Bénéficiaire par les moyens de son choix.

Les experts du service Itelis pourront également intervenir, le cas échéant, auprès des professionnels de santé afin de s'accorder sur les tarifs de la prestation par téléphone.

#### A.2 - ACCÈS AU RÉSEAU DE PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Le Bénéficiaire dispose **d'un accès à un réseau de professionnels de santé partenaires dans les domaines Optique, Dentaire, Audioprothèse, de l'Implantologie, de la Chirurgie Réfractive.** Le Bénéficiaire dispose, sur demande auprès de son centre de gestion, des coordonnées de Chirurgiens-Dentistes, d'Audio-prothésistes, d'Opticiens, d'Implantologues et d'Ophtalmologistes pratiquant la Chirurgie Réfractive d'au moins 3 professionnels de santé à proximité du lieu choisi par le Bénéficiaire. Les coordonnées sont accessibles aux assurés à partir de la plateforme digitale dont le lien est référencé sur le site web du délégataire de gestion.

Le Bénéficiaire bénéficie des engagements suivants :

#### Auprès des opticiens partenaires :

- un choix de professionnels important (magasins sous enseigne et indépendants),
- des tarifs négociés et préférentiels sur certains équipements d'optique,
- un devis clairement défini et chiffré,
- un large choix de montures de toutes matières et de toutes formes, des verres aux normes CE provenant de fabricants de marques exclusivement,
- la garantie d'adaptation sans franchise de 15 jours pour la monture, 3 mois pour les verres et 3 mois pour les lentilles (qu'il y ait eu ou non dispense d'avance de frais. Lentilles oculaires de contact dont la durée de vie est supérieure ou égale à six mois), Garantie déchirure sans franchise de 3 mois pour les lentilles souples qu'il y ait eu ou non dispense d'avance de frais. Lentilles oculaires de contact souples hydrophiles dont la durée de vie est supérieure ou égale à six mois.
- la garantie casse sans franchise de 2 ans pour monture et verres et de 6 mois pour lentilles rigides (un seul changement par élément sur présentation du (des) élément(s) cassé(s), qu'il y ait eu ou non dispense d'avance de frais. Pour les adultes : 1er remplacement sans franchise. Pour les enfants : 1er remplacement sans franchise et 2ème remplacement avec franchise de 30% maximum. Pour les verres ophtalmiques, les rayures sont exclues de la garantie casse. Les équipements détériorés mais non cassés sont exclus de la garantie casse).

- l'accueil, les conseils et les compétences techniques de professionnels diplômés d'Etat,
- les opérations gratuites d'entretien courant,
- le tiers payant à hauteur de la garantie du contrat.

#### **Auprès des audioprothésistes partenaires :**

- un réseau d'audioprothésistes sur toute la France,
- un large choix de produits aux normes CE provenant de fabricants de marques exclusivement,
- des tarifs négociés sur une grille de prestations définies (ou avec des remises) : plaquettes de 6 piles auditives non rechargeables à maximum 4€ TTC en 2020 ; 15% de remise sur les accessoires audio ; 10% de remise sur les produits d'entretien garantie panne gratuite sans franchise de 4 ans à compter de la date de facturation sur les aides auditives et les accessoires.
- des garanties après-vente (adaptation, déménagement et dépannage en cas de casse, d'inadaptation ou d'utilisation impossible de l'équipement),
- nettoyage gratuit des aides auditives,
- dépistage non médical de l'audition gratuit,
- le tiers payant à hauteur de la garantie du contrat.

#### **Auprès des chirurgiens-dentistes spécialisés en implantologie partenaires :**

- un réseau de professionnels sur toute la France,
- des tarifs négociés sur une grille de prestations définies,
- un devis clairement défini et chiffré,
- une qualité d'accueil, d'écoute et de conseils, notamment en matière de prévention bucco-dentaire,
- un confort maximum lors des séances de soins, ainsi que le respect des règles d'hygiène et de sécurité,
- le tiers payant à hauteur de la garantie du contrat,
- un réseau sélectif de cabinets spécialisés,
- des tarifs négociés pour un acte complet (implant, pilier, couronnes),
- remplacement de l'implant en cas de rejet.

#### **Auprès des centres d'ophtalmologie spécialisés en chirurgie réfractive partenaires :**

- engagement de qualité en relation avec le type de chirurgie (plateaux techniques adaptés, chirurgiens expérimentés, accueil personnalisé),
- des tarifs négociés sur les techniques les plus utilisées,
- un réseau sélectif de centres spécialisés.

### **Traitement des devis et dispenses d'avance de frais dans le réseau Itelis**

#### **a - En Optique**

Isea gère les demandes de dispense d'avance de frais, ou le cas échéant une demande de simulation de remboursement sur devis, pour les actes réalisés par des professionnels de santé partenaires (cf. point A.2). La prestation consiste, à partir d'une demande dématérialisée (optique) remplie par le professionnel de santé, à vérifier la conformité de l'acte par rapport à la prescription médicale et à contrôler le respect des obligations conventionnelles du professionnel de santé.

Le centre de gestion identifie les droits, les garanties d'assurance du Bénéficiaire, fournit à Isea le niveau de remboursement obligatoire et complémentaire (ainsi que le reste à charge) et réserve, le cas échéant, les fonds correspondants dans son outil de gestion.

En fonction de ces éléments, Isea établit une prise en charge ou une simulation de remboursement et la communique au professionnel de santé.

La facturation est adressée informatiquement à SMATIS FRANCE pour règlement à l'opticien.

Les informations sont véhiculées dans le cadre d'échanges de flux informatisés définis entre Isea et SMATIS FRANCE.

#### **b - En Dentaire**

Le professionnel de santé partenaire Itelis adresse une demande d'avance de frais ou de devis accompagnée de la copie de la carte de Tiers Payant du Bénéficiaire à Isea qui en contrôle la conformité par rapport au protocole de partenariat signé avec celui-ci. Isea soumet une demande conforme à SMATIS FRANCE qui :

- contrôle les droits du Bénéficiaire,
- valorise la demande en indiquant le montant de prise en charge du régime complémentaire et le cas échéant le reste à charge de l'assuré,
- au final un accord ou un refus motivé est adressé à Isea.

La facturation est adressée à SMATIS FRANCE pour règlement du professionnel de santé Partenaire Itelis par celui-ci.

Isea émet un accord ou un refus d'avance de frais au demandeur. Les informations sont véhiculées dans le cadre d'échanges (par mail ou de flux informatisés définis) entre Isea et SMATIS FRANCE.

#### **c - En Audioprothèse**

Le professionnel de santé partenaire Itelis adresse une demande d'avance de frais ou de devis à Itelis qui en contrôle la conformité par rapport au protocole de partenariat signé avec celui-ci.

Isea soumet une demande conforme à SMATIS FRANCE qui :

- contrôle les droits du Bénéficiaire,
- valorise la demande en indiquant le montant de prise en charge du régime complémentaire et, le cas échéant, le reste à charge de l'assuré,
- au final un accord ou un refus motivé est adressé à Isea.

Isea émet un accord ou un refus d'avance de frais au demandeur. Les informations sont véhiculées dans le cadre d'échanges par mail entre Itelis et SMATIS FRANCE.

La facturation est adressée informatiquement à SMATIS FRANCE pour règlement à l'opticien.

La facturation est adressée à SMATIS FRANCE pour règlement du professionnel de santé Partenaire Itelis par celui-ci.

### **A.3 - ENGAGEMENT**

Ce service garantit le respect des intérêts des Bénéficiaires. Les conseillers santé Isea sont encadrés par des experts (chirurgiens-dentistes, opticiens, audioprothésistes diplômés).

Toutefois, il faut noter que ce service ne fait pas de consultation médicale par téléphone et son rôle n'est pas de remettre en cause les choix thérapeutiques des praticiens, mais d'éclairer le Bénéficiaire.

Ce service respecte le choix final du Bénéficiaire, il n'a qu'un rôle consultatif.

A réception du dossier complet du Bénéficiaire (simple devis ou prise en charge), le service réalise l'étude dans un délai de :

- 2 jours ouvrés dans le cadre du réseau Optique (prise en charge / calcul du reste à charge), pour les dossiers n'ayant pas donné lieu à un traitement en temps réel (Taux d'automatisation minimum requis de 98% des dossiers).
- 5 jours ouvrés dans le cadre du réseau Audioprothèse (prise en charge / calcul du reste à charge) pour les dossiers n'ayant pas donné lieu à un traitement en temps réel via la connexion automatisée.
- 5 jours ouvrés dans le cadre du réseau Dentaire, (prise en charge / calcul du reste à charge) pour les dossiers n'ayant pas donné lieu à un traitement en temps réel via la connexion automatisée.
- 5 jours ouvrés dans le cadre du réseau Implantologie (prise en charge / calcul du reste à charge) pour les dossiers n'ayant pas donné lieu à un traitement en temps réel via la connexion automatisée.
- 5 jours ouvrés dans le cadre du réseau Chirurgie réfractive (prise en charge / calcul du reste à charge).
- 5 jours ouvrés concernant les analyses discrétionnaires de devis hors réseau Optique, Audioprothèse (Professionnels de santé non partenaires Itelis) à la réception du devis normalisé ne demandant pas d'intervention d'expert Itelis.

#### A.4 - LIMITES D'INTERVENTION - RESPONSABILITÉS

Les services d'Iséa, sous la marque Itelis, n'ont pas vocation à procéder à une vérification de la véracité des éléments d'information reçus et dont dépendent les éventuelles propositions émises. Isea ne peut être tenue pour responsable de l'usage qui est fait des avis délivrés.

Iséa dégage toute responsabilité concernant des erreurs éventuelles sur les devis/prises en charge qui résulteraient de données/informations inexactes ou insuffisantes communiquées par l'organisme de tiers payant, le professionnel de santé ou le Bénéficiaire. Les informations transmises au Bénéficiaire le seront toujours dans le respect de la déontologie médicale. Iséa n'est tenue qu'à une obligation de moyens et ne peut s'engager sur le résultat de la solution proposée.

Iséa ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure, d'interdictions décidées par les autorités locales ou de grèves.

#### B - PALMARES DES HOPITAUX

Des conseils pratiques pour préparer au mieux une hospitalisation ou celle d'un proche. La possibilité :

- d'accéder à un palmarès des hôpitaux en ligne, pour trouver l'hôpital adapté,
- d'évaluer les dépassements d'honoraire du chirurgien,
- de bénéficier de conseils pratiques pour préparer son hospitalisation.

#### 3 - EFFET ET RENOUVELLEMENT DES SERVICES ITELIS

Le bénéfice des présents services Itelis prend effet à la date de prise d'effet du contrat complémentaire SMATIS FRANCE. Il se poursuit à la date d'échéance du contrat complémentaire santé de SMATIS FRANCE, sous réserve de sa reconduction et du règlement de ses cotisations.

#### 4 - DURÉE ET TERME DE L'ADHÉSION

Le bénéfice des services Itelis dure tant que l'adhésion au contrat complémentaire santé SMATIS FRANCE reste en vigueur.

Le droit d'accès aux services Itelis s'éteint automatiquement en cas de :

- résiliation du contrat complémentaire santé souscrit auprès de SMATIS FRANCE ,
- radiation pour défaut de paiement des cotisations du contrat complémentaire santé souscrit auprès SMATIS FRANCE ;
- résiliation du contrat entre SMATIS FRANCE et Iséa.

#### 5 - PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données personnelles recueillies sont destinées à permettre l'exécution du contrat N°2017 191 001 et sont nécessaires au traitement de la demande du Bénéficiaire aux seules fins d'exécuter les prestations qu'Iséa effectue pour le compte de SMATIS FRANCE. Sont destinataires de vos données personnelles les services habilités d'Iséa pour l'exécution des prestations contractées au titre du contrat précité, SMATIS FRANCE, responsable de traitement en sa qualité d'assureur des contrats complémentaires santé, leurs sous-traitants contractuellement liés sous condition de conformité au Règlement de Protection des Données (RGPD), ainsi que les tiers autorisés dans la limite de leur besoin d'en connaître.

Vos données personnelles sont conservées pour l'exécution de votre contrat complémentaire santé, dans la limite des délais législatifs et réglementaires applicables.

SMATIS FRANCE et Iséa s'engagent à prendre toutes les précautions utiles afin de préserver la sécurité et la confidentialité de vos données dans les conditions prévues au Règlement UE n°2016-679 du 27 avril 2016 (RGPD) et à la loi « Informatique et Libertés » du 06/01/1978 modifiée.

Conformément à leurs dispositions, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de portabilité (lorsqu'elle s'applique), d'opposition et de suppression de vos données à caractère personnel.

Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant au Délégué à la Protection des Données de SMATIS FRANCE à l'adresse : 6, rue du Piave - CS 90000 - 16920 Angoulême Cedex 9, ou par mail à l'adresse : dpo@smatis.fr

Enfin, vous disposez du droit d'introduire une réclamation relative à la protection de vos données à caractère personnel auprès de la CNIL.

#### 6 - TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

En cas de réclamation, l'Adhérent peut s'adresser à la Mutuelle SMATIS FRANCE, par tout moyen de son choix : téléphone (0977 400 400) ou par courrier au Service réclamations : 6, rue du Piave - CS 90000 - 16920 Angoulême cedex 9 ou, le cas échéant, au gestionnaire désigné dans son contrat ou à l'intermédiaire d'assurance auprès duquel il a souscrit son adhésion auprès de SMATIS FRANCE.

Le traitement des réclamations s'inscrit dans le respect du dispositif tel qu'issu de la Recommandation de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) ou de tout texte ou recommandation qui s'y substituerait.

Les modalités relatives au système de réclamations ainsi que les voies de recours possibles en cas de rejet ou de refus de faire droit en totalité ou partiellement à la réclamation de l'Adhérent sont disponibles sur son espace personnel auquel il a accès sur le site www.smatis.fr moyennant les codes et mots de passe qui lui auront été communiqués avec sa confirmation d'adhésion ou, le cas échéant, selon les informations qui lui auront été communiquées par son interlocuteur désigné dans son contrat.

Un mois après le dépôt de sa réclamation, si la réponse qui lui est apportée ne le satisfait pas ou en cas de refus ou d'incapacité par l'interlocuteur désigné par son contrat de faire droit partiellement ou totalement à sa réclamation, l'Adhérent pourra saisir le service de médiation CNPM - MEDIATION - CONSOMMATION simplement et gratuitement par voie électronique en déposant son dossier sur <https://cnpm-mediation-consommation.eu> ou par courrier simple à CNPM - MEDIATION - CONSOMMATION - 27, Avenue de la Libération - 42400 Saint Chamond. La médiation est organisée conformément au processus de saisie du médiateur pour les litiges de la consommation de CNPM, disponible sur le site <https://cnpm-mediation-consommation.eu>.

*Itelis est une marque d'Isea - Isea SA à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 5 452 135,92 € Immeuble «Le Diapason»  
218 avenue Jean Jaurès - 75916 PARIS CEDEX 19 - 440 358 471 RCS PARIS*



## Assistant personnel de santé

### Téléconsultation médicale

Conditions générales d'utilisation « à effet du 1er janvier 2022 »

## PRÉAMBULE - OBJET

Les présentes Conditions Générales détaillent les prestations souscrites auprès d'AXA Assistance par SMATIS FRANCE pour le compte des Bénéficiaires tels que définis ci-après. Elles précisent le contenu, les conditions et modalités d'accès et de mise en œuvre des prestations.

Ce contrat est souscrit par (ci-après « Souscripteur »), SMATIS FRANCE, Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au Répertoire Sirène sous le numéro SIREN 781 166 293, dont le siège social est situé 6, rue du Piave - CS 90000 - 16920 Angoulême Cedex 9.

Les prestations sont fournies par INTER PARTNER ASSISTANCE (AXA Partners), SA de droit Belge au capital de 180 702 613 € - Siège social : Boulevard du Régent 7 - 1000 Bruxelles - Entreprise d'assurance non vie agréée par la Banque Nationale de Belgique sous le n° de code 0487, immatriculée au registre des personnes morales de Bruxelles sous le n° BCE 415 591 055, prise au travers de sa succursale française (316 139 500 RCS NANTERRE) établie 8-10, rue Paul Vaillant Couturier 92240 Malakoff. IPA intervient sous la marque Axa Assistance.

En tant que Bénéficiaire, Vous bénéficiez gratuitement d'un accès à ces prestations. L'utilisation de ces services par le Bénéficiaire vaut acceptation par lui des présentes Conditions Générales d'Utilisation du service « Angel » et Téléconsultation médicale fournis par AXA Assistance.

## 1- DÉFINITIONS

Pour l'application des Conditions Générales, les mots ou expressions commençant par une majuscule ont la signification qui suit :

« **Assistant Personnel de Santé** » ou « **Angel** » désigne le service mis à la disposition du Bénéficiaire afin de lui permettre de poser toute question de santé pour lui ou pour ses proches.

**Vous/Bénéficiaire** : personne physique ayant la qualité de membre participant couverte au titre de son contrat frais de santé en vigueur auprès de SMATIS FRANCE et préalablement déclarée par SMATIS FRANCE comme bénéficiaire des prestations d'AXA Assistance.

**Données à caractère personnel** : toute information permettant d'identifier directement ou indirectement une personne physique (notamment à l'aide d'un identificateur ou d'un ou plusieurs facteurs qui lui sont propres).

**Équipe Angel** : Médecin Généraliste ou Spécialiste, infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat (IDE), conseiller(e) en économie sociale et familiale, conseiller(e) en santé, psychologue et diététicien, et tout autre personnel médical ou paramédical.

**Équipe Médicale** : structure d'assistance médicale d'AXA Assistance auquel le Bénéficiaire a accès dans le cadre des présentes Conditions Générales.

**Force Majeure** : événement échappant au contrôle du débiteur, qui ne pouvait être raisonnablement prévu lors de la conclusion du Contrat et dont les effets ne peuvent être évités par des mesures appropriées, qui empêche l'exécution de son obligation par le débiteur.

**Médecin** : Médecin généraliste.

**Médecin spécialiste** : Médecin, diplômé(e) d'Etat, spécialisé dans une branche de médecine (par ex : dermatologie, gynécologie, rhumatologie, ORL, gastro-entérologie) figurant dans la liste des spécialités consultable sur [www.angel.fr](http://www.angel.fr).

**Période contractuelle** : période pendant laquelle le Contrat souscrit par le Souscripteur auprès d'AXA Assistance est en vigueur.

**Proche bénéficiaire** : le conjoint et les enfants qui ont la qualité d'ayants droit auprès du Souscripteur.

**Règlementation applicable en matière de protection des Données à caractère personnel** : désigne toute législation et réglementation locale et européenne applicables au traitement réalisé en vertu du présent contrat en matière de protection et de confidentialité des Données personnelles. Cela comprend la législation et la réglementation européenne et notamment, le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 abrogeant la directive 95/46/EC et toute législation hors de l'Espace Économique Européen (EEE) applicable.

**Souscripteur** : SMATIS FRANCE

## 2 - COMMENT ACCÉDER AUX SERVICES ?

L'assistance « Angel » et les services de **Téléconsultation médicale** sont des offres multicanales, accessibles via :

3633 depuis la France (coût d'un appel local)

ou +33 1 55 92 27 54 depuis l'Étranger  
(coût d'un appel depuis la France ou l'étranger)

[www.angel.fr](http://www.angel.fr)

## 3 - QUAND POUVEZ-VOUS BÉNÉFICIER DES SERVICES ?

Les services décrits dans les présentes Conditions Générales d'Utilisation sont acquis à toute personne préalablement déclarée comme Bénéficiaire par le Souscripteur à AXA Assistance et sont accessibles pendant toute la durée du contrat souscrit par le Souscripteur.

## 4 - LES SERVICES ACCESSIBLES ?

### 4.1 - ASSISTANT PERSONNEL DE SANTÉ

L'Équipe Angel répond à toutes vos questions de santé ou sociale depuis la France ou à l'étranger, qu'elles **concernent vous-même ou votre entourage** (famille, amis, etc.) avec ou sans lien de parenté :

- Réponses à vos questions médicales.
- Réponses à vos questions d'ordre social et administratif.
- Réponses à vos questions d'ordre psychologique.
- Réponses à vos questions portant sur la nutrition.

En tant que Bénéficiaire du service Angel, **Vous êtes le seul habilité à pouvoir poser une question sur votre espace Angel.**

Le service Angel est accessible 24/7 pour vous permettre de poser vos questions à tout moment.

Une réponse vous sera apportée par l'Équipe Angel du lundi au samedi de 9h00 à 19h00.

**L'intervention de l'Équipe Angel se limite à fournir une information objective sans que l'objet de ce service ne soit de favoriser une automédication.**

**Sont exclus du service Angel :**

- **Les diagnostics d'ordre médical et personnel**
- **Les questions administratives relatives aux contrats de santé (remboursement et devis)**

### 4.2 - TELECONSULTATION MEDICALE

La téléconsultation est une consultation médicale à distance assurée par un médecin généraliste inscrit à l'Ordre des Médecins. L'entretien est protégé par le secret médical. La téléconsultation ne se substitue ni au médecin traitant, ni aux urgences. Elle est prise en charge au titre du poste honoraires médicaux.

### 4.3 - SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

L'Équipe Médicale d'AXA Assistance peut Vous mettre en relation avec un psychologue clinicien partenaire et prendre en charge **maximum 4 (quatre) consultations avec ce psychologue**. Cette prestation est accessible uniquement sur acceptation du Bénéficiaire.

### 4.4 - AUTRES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

#### 4.4.1 - LIVRAISON DE MÉDICAMENTS

L'Équipe Médicale d'AXA Assistance organise et prend en charge la livraison des médicaments prescrits dans le cadre d'une Téléconsultation médicale délivrée par AXA Assistance auprès du Bénéficiaire.

**Cette prestation est accessible uniquement en France métropolitaine pour des médicaments prescrits par une ordonnance délivrée lors d'une Téléconsultation médicale.**

Dans la limite de sa disponibilité géographique, cette prestation est accessible de 8h30 à 18h en semaine, sous réserve de disponibilité les soirs et week-end.

## 5 - RESPONSABILITÉ

### 5.1- RESPONSABILITÉ D'AXA ASSISTANCE

**L'engagement d'AXA Assistance repose sur une obligation de moyens et non de résultat.**

**En outre, AXA Assistance ne saurait être tenue responsable des interruptions de service et/ou dommages résultant :**

- **de défaillances ou interruptions des réseaux téléphoniques et/ou informatiques,**
- **d'un cas de Force Majeure ou du fait d'un tiers,**
- **de modifications de la situation du Bénéficiaire et notamment de son état de santé qui ne leur auraient pas été signifiés lors de la Téléconsultation.**

### 5.2 - RESPONSABILITÉ DU BÉNÉFICIAIRE

**Le Bénéficiaire est responsable de l'exactitude et de l'actualisation des renseignements demandés lors de l'appel ou du chat pour permettre à AXA Assistance d'assurer ses engagements dans de bonnes conditions.**

## 6 - RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION

En cas de réclamation, les Bénéficiaires peuvent s'adresser par courrier, **sous pli confidentiel**, à :

**AXA ASSISTANCE  
Direction Médicale  
8-10, rue Paul  
Vaillant Couturier  
92240 Malakoff**

Sa situation sera étudiée avec le plus grand soin et une réponse lui sera alors adressée dans le respect des délais suivants :

- dix (10) jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, pour en accuser réception, sauf si la réponse est elle-même apportée dans ce délai.

- Une réponse sera adressée dans un délai maximum de deux (2) mois, sauf si la complexité nécessite un délai supplémentaire.

Si le désaccord persiste pour un dossier de Téléconsultation, le Bénéficiaire peut faire appel au Médiateur, personnalité indépendante,

en écrivant à l'adresse suivante :

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

Ou en complétant le formulaire de saisine directement sur le site internet :

[www.mediation-assurance.org](http://www.mediation-assurance.org)

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

Le Médiateur formulera un avis dans le délai prévu dans la Charte qui est de quatre-vingt-dix (90) jours à compter de la réception du dossier complet.

## 7 - PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

**AXA Assistance n'est pas responsable des traitements des données transmises directement par le Bénéficiaire aux médecins ou psychologues consultés en dehors du chat Angel et de la Téléconsultation médicale. Ces traitements sont de la responsabilité du Médecin ou psychologue consulté.**

Conformément aux dispositions sur la Réglementation applicable en matière de protection des Données à caractère personnel, et conformément à la politique de protection des données à caractère personnel publiée sur le site internet d'AXA Assistance, AXA Assistance informe chaque Bénéficiaire en sa qualité de responsable du traitement des données collectées par l'Équipe médicale lors du chat via Angel ou de la téléconsultation médicale que :

- La base légale du traitement est l'exécution du contrat du Bénéficiaire (Cf. article 6.1 du Règlement européen sur la protection des données) et votre consentement pour les données médicales (Cf. Article 9.2.a du Règlement européen sur la protection des données) ;
- Les réponses aux questions qui sont posées au Bénéficiaire lors de son échange par chat ou par téléphone avec l'Équipe Angel ou l'Équipe Médicale, après obtention de son accord pour la collecte de ses données de santé, sont nécessaires au traitement de sa demande ;
- Les destinataires des Données personnelles sont les membres de l'Équipe Angel, l'Équipe Médicale pour la Téléconsultation, les pharmacies, l'hébergeur de données de santé certifié d'AXA Assistance et avec son accord le médecin traitant du Bénéficiaire ;
- Les données enregistrées sur le Bénéficiaire sont :
  - Données d'identification des personnes (non, prénom, adresse, date et lieu de naissance, sexe, numéro de téléphone, email)
  - Localisation de la personne
  - Les données de santé (pathologie, antécédents familiaux, soins, comportement à risque, ...)
- Les données sont conservées pendant 5 ans pour les services Angel et 20 ans pour la Téléconsultation ;
- Le Bénéficiaire peut accéder aux données le concernant. Il dispose également d'un droit d'opposition, d'un droit de rectification, d'un droit de portabilité, d'un droit à la limitation et à l'effacement de ses données dans les conditions prévues par la Réglementation applicable en matière de protection des Données à caractère personnel ;
- Pour exercer ses droits ou pour toute question sur le traitement de ses données dans ce dispositif, le Bénéficiaire peut contacter le délégué à la protection des données (DPO) :
  - par voie électronique : [dpo.axapartnersfrance@axa-assistance.com](mailto:dpo.axapartnersfrance@axa-assistance.com)
  - par courrier postal :

**AXA ASSISTANCE**  
**Délégué à la Protection des données**  
**8-10, rue Paul Vaillant Couturier**  
**92240 Malakoff**

L'intégralité de la politique de confidentialité est disponible sur le site : [axa-assistance.fr](http://axa-assistance.fr) ou sous format papier, sur demande.

Si le Bénéficiaire estime, après avoir contacté le Délégué à la Protection des données, que ses droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés ou que le dispositif de contrôle d'accès n'est pas conforme aux règles de protection des données, il peut adresser une réclamation en ligne à la CNIL ou par voie postale.

## 8 - LANGUE, LOI APPLICABLE ET RÉGLEMENT DES LITIGES

L'interprétation et l'exécution du contrat sont soumises au droit français. La langue du Contrat et des échanges entre les parties en exécution du Contrat est le français.

Tous les litiges auxquels les présentes Conditions Générales pourraient donner lieu, concernant tant sa validité, son interprétation, son exécution, ses conséquences et leurs suites et qui n'aura pas pu faire l'objet d'un accord amiable, ou le cas échéant, d'un règlement par le médiateur seront soumis aux tribunaux compétents dans les conditions de droit commun.

## PRÉAMBULE

La présente notice d'information reprend les conditions générales des conventions d'assistance portant le numéro 0803819 souscrite par l'Association pour leurs Adhérents auprès de INTER PARTNER ASSISTANCE (AXA Assistance), SA de droit Belge au capital de 180 702 613 € - Siège social : Boulevard du Régent 7 - 1000 Bruxelles - Entreprise d'assurance non vie agréée par la Banque Nationale de Belgique sous le n° de code 0487, immatriculée au registre des personnes morales de Bruxelles sous le n° BCE 415 591 055, prise au travers de sa succursale française (316 139 500 RCS NANTERRE) établie 8-10, rue Paul Vaillant Couturier 92240 Malakoff. IPA intervient sous la marque Axa Assistance.

Elle a pour objet de faire bénéficier les Adhérents et les membres de leur famille assurés figurant sur le certificat d'adhésion, de garanties d'assistance.

## ARTICLE 1 - QUE DOIT FAIRE LE BÉNÉFICIAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

**POUR LES GARANTIES ASSISTANCE : Pour bénéficier des garanties du présent Contrat, vous devez appeler au numéro de téléphone suivant :**

**3633 depuis la France (coût d'un appel local)**

**+33 1 55 92 27 54 depuis l'Etranger (coût d'un appel depuis la France ou l'Etranger)**

(numéro non surtaxé ; le coût de l'appel est à la charge du Bénéficiaire). Notre équipe médicale décide, en fonction des seuls impératifs médicaux et techniques, de la nécessité et des modalités de notre intervention.

Toutefois, et comme pour chaque décision vous concernant, votre accord ou celui d'un membre de votre famille est un préalable nécessaire. Vous pouvez accepter ou refuser les préconisations que nous vous faisons, mais si vous les rejetez, vos garanties d'assistance immédiate sont annulées.

L'organisation par le Bénéficiaire ou par son entourage de tout ou partie des garanties prévues au Contrat sans l'accord préalable d'AXA Partners, matérialisé par un numéro de dossier, ne peut donner lieu à un remboursement.

Seules les prestations organisées par ou en accord avec AXA Partners sont prises en charge ou remboursées, sous réserve d'envoyer les justificatifs originaux et le numéro de dossier correspondant. AXA Partners intervient dans le cadre fixé par les lois et règlements nationaux et internationaux

Les justificatifs originaux et le numéro de dossier correspondant à :

**AXA Assistance  
Service Gestion des Règlements  
8-10, rue Paul Vaillant Couturier  
92240 Malakoff**

## ARTICLE 2 - DÉFINITIONS

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

**ACCIDENT :** Altération brutale de la santé du bénéficiaire ayant pour cause un événement extérieur, soudain, imprévisible et violent et indépendant de la volonté de la victime.

**ADHÉRENT :** L'Adhérent est l'assuré qui adhère à l'Association ASAF & AFPS et qui est couvert par un contrat d'assurance MÉANA SANTÉ SENIORS 2.

**AIDANT :** Au titre de ce contrat l'aidant est l'assuré qui assiste son père, sa mère, son fils, sa fille ou son conjoint dépendant.

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

**ATTEINTE CORPORELLE GRAVE :** Accident corporel ou maladie à caractère imprévisible dont la nature risque d'engendrer, à brève échéance, une aggravation importante de l'état du bénéficiaire si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

**AUTORITÉ MÉDICALE :** Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où se trouve le bénéficiaire.

**BÉNÉFICIAIRES :** L'Adhérent chef de famille à l'Association, souscripteur du contrat d'assurance santé et son conjoint de droit ou de fait ou toute personne liée au bénéficiaire par un PACS. Leurs enfants célibataires âgés de moins de 25 ans vivant au domicile du souscripteur et fiscalement à sa charge. Leurs ascendants vivant au domicile du souscripteur. Les petits enfants de moins de 15 ans.

Les bénéficiaires sont garantis dès lors qu'ils sont désignés sur le certificat d'adhésion santé délivré par l'Association.

**DOMICILE :** Lieu de résidence principal et habituel du bénéficiaire figurant comme domicile sur la déclaration d'impôts sur le revenu ou tout autre document officiel. Il est nécessairement situé en France.

**ÉQUIPE MÉDICALE :** Structure adaptée à chaque cas particulier et définie par notre médecin régulateur.

**HOSPITALISATION :** Séjour prévu (programmé moins de 5 jours avant le début de l'Hospitalisation) ou imprévu dans un établissement de soins public ou privé, prescrit médicalement, pour un traitement médical ou chirurgical suite à une atteinte corporelle grave.

**IMMOBILISATION AU DOMICILE :** Obligation de demeurer au domicile suite à une atteinte corporelle grave et sur prescription médicale.

**MALADIE :** Altération soudaine et imprévisible de la santé du bénéficiaire constatée par une autorité médicale compétente.

**PERSONNE DÉPENDANTE :** Est considérée comme en état de dépendance, la personne reconnue dans une situation de dépendance correspondant aux groupes GIR 1, 2, 3 ou 4 de la grille AGGIR. Le GIR4 comprend les personnes qui ne peuvent pas se lever seules mais qui, une fois debout, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillement. Les GIR1, 2 et 3 regroupent des personnes plus dépendantes que GIR 4.

**PROCHE :** Toute personne physique désignée par le bénéficiaire ou un de ses ayants droit et domiciliée dans le même pays que le bénéficiaire.

### ARTICLE 3 - OÙ LE BÉNÉFICIAIRE EST-IL GARANTI ?

Les garanties s'exercent en France, à Monaco, dans les Départements et Régions d'Outre-Mer et collectivités d'Outre-Mer.  
Les garanties « Rapatriement sanitaire » et retour des assurés s'exercent dans le Monde Entier.

### ARTICLE 4 - GARANTIES D'ASSISTANCE À DOMICILE

**4.1 - AIDE-MÉNAGÈRE :** À la demande du bénéficiaire, AXA Assistance recherche et prend en charge les services d'une aide-ménagère à domicile soit pendant sa durée d'hospitalisation ou d'immobilisation supérieure à 24 heures, soit dès son retour à son domicile. Elle aura notamment en charge l'accomplissement des tâches quotidiennes. AXA Assistance prend en charge 30 heures maximum dans les 15 jours suivant la date de l'évènement avec un minimum de 2 heures consécutives. Le bénéficiaire doit formuler sa demande dans les 8 jours qui suivent la date de l'incident. Seule l'équipe médicale du service assistance est habilitée à fixer la durée de présence de l'aide-ménagère après bilan médical. **Cette garantie est limitée à une intervention par année civile.** Au-delà d'une intervention par an, AXA Assistance peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de personnel qualifié. **Le coût du personnel qualifié reste à la charge du bénéficiaire.**

**4.2 - GARDE DES ENFANTS OU DES PETITS-ENFANTS :** En cas d'hospitalisation du bénéficiaire (parent ou grand-parent) supérieure à 24 heures et si personne ne peut assurer la garde des enfants ou des petits-enfants bénéficiaires de moins de 15 ans, dès le premier jour de l'incident, AXA Assistance organise et prend en charge :

- soit l'acheminement des enfants ou des petits-enfants au domicile d'un proche,
- soit l'acheminement d'un proche au domicile du bénéficiaire,
- soit la garde des enfants ou des petits-enfants par du personnel qualifié dans la limite de 40 heures dans les 5 jours qui suivent l'hospitalisation de l'Assuré, avec un minimum de 2 heures consécutives.

Cette personne, en fonction de l'âge des enfants, assurera également leur accompagnement à l'école. En aucun cas, cette prise en charge ne peut excéder la durée de l'hospitalisation ou de l'immobilisation.

AXA Assistance prend en charge le ou les titres de transport aller-retour en avion de ligne classe économique ou en train 1ère classe et, selon le cas, les frais d'accompagnement des enfants chez un proche parent par le personnel qualifié.

AXA Assistance intervient à la demande des parents et ne peut être tenue pour responsable des évènements pouvant survenir pendant les trajets ou pendant la garde des enfants confiés. **Cette garantie est limitée à une intervention par année civile.**

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

**4.3 - GARDE DE PERSONNE DÉPENDANTE :** Vous êtes Aidant d'une personne dépendante. Si vous êtes hospitalisés de façon imprévue plus de 24 heures, que vous ne pouvez en conséquence tenir votre rôle habituel auprès de la personne dépendante que vous avez en charge et qu'aucun proche n'est susceptible de vous remplacer, nous organisons et prenons en charge, si nécessaire :

- soit leur acheminement chez un proche et celui d'un accompagnateur éventuel ;
- soit l'acheminement d'un Proche à son Domicile ;
- soit leur garde par du personnel qualifié dans la limite de 20 heures, avec un minimum de 2 heures consécutives sans pouvoir dépasser en valeur la somme de cinq cent (500) euros par Événement.

Au-delà, AXA Assistance peut également communiquer à l'Assuré aidant les coordonnées de personnes qualifiées. Dans ce cas, le coût de la garantie restera à la charge de l'Assuré.

Elle est limitée aux Hospitalisations de plus de 24 heures (selon l'Article 2.12) et à une seule intervention par assuré et par année d'assurance. Au-delà de ces plafonds de garanties, AXA peut vous communiquer les coordonnées de personnes qualifiées. Le coût de la prestation restant alors à votre charge et étant directement payable auprès du prestataire choisi.

Pour bénéficier de cette prestation, vous devez :

- contacter le service assistance avant d'engager toute dépense,
- si la personne dépendante a plus de 60 ans, faire parvenir au service d'assistance la photocopie du document attestant de la perception de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) par son parent ou conjoint et sur lequel doit figurer la classification GIR,
- si la personne dépendante a moins de 60 ans, faire parvenir au service d'assistance la photocopie du document attestant :
  - qu'elle est classée par la Sécurité sociale en invalidité de 2ème ou 3ème catégorie,
  - ou qu'elle est Bénéficiaire, au titre de la législation sur les accidents du travail, d'une majoration pour tierce personne,
  - ou qu'elle est Bénéficiaire de l'Allocation pour Adulte Handicapé (AAH) compte tenu d'un taux d'incapacité permanente d'au moins 80 %,
- si la personne dépendante est votre père, mère, fils ou fille, faire parvenir au service d'assistance un extrait d'acte de naissance permettant de vérifier votre lien de filiation,
- si la personne dépendante est votre conjoint, faire parvenir au service d'assistance un certificat de mariage, de Pacs ou de concubinage permettant de justifier votre lien.

**4.4 - GARDE DES ENFANTS MALADES :** Lorsque le médecin traitant estime que l'état de santé d'un enfant bénéficiaire de moins de 15 ans, nécessite une immobilisation médicalement prescrite supérieure à 8 jours consécutifs, et dans le cas où personne ne peut assurer sa garde, dès le premier jour de l'incident, AXA Assistance organise et prend en charge :

- soit l'acheminement d'un proche au domicile du bénéficiaire en mettant à disposition un titre de transport aller-retour en avion de ligne classe économique ou en train 1ère classe,
- soit sa garde par du personnel qualifié au domicile du bénéficiaire, pendant 40 heures maximum dans les 10 jours suivant la date de l'évènement avec un minimum de 2 heures consécutives. AXA Assistance intervient à la demande des parents et ne peut être tenue pour responsable des évènements pouvant survenir pendant les trajets ou pendant la garde des enfants confiés. Cette garantie est limitée à une intervention par année civile.

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

**4.5 - SOUTIEN PÉDAGOGIQUE DES ENFANTS :** Lorsque le médecin traitant estime que l'état de santé de l'enfant bénéficiaire nécessite une immobilisation au domicile et que cette obligation entraîne une absence scolaire supérieure à 15 jours consécutifs, AXA Assistance recherche et prend en charge un ou plusieurs répétiteurs.

Ce soutien s'adresse aux enfants scolarisés en FRANCE dans un établissement scolaire français pour y suivre des cours d'une classe allant de la 11ème à la terminale.

Le ou les répétiteur(s) dispense(nt) à l'enfant des cours dans les matières principales : Français, Mathématiques, Histoire, Géographie, Physique, Biologie, Langues Vivantes.

Seuls les honoraires du ou des répétiteur(s) sont pris en charge pour l'ensemble des matières dans la limite de 5 heures maximum par semaine pour l'enseignement primaire et de 10 heures maximum par semaine pour l'enseignement secondaire.

Ces cours sont dispensés au 16ème jour de l'immobilisation au domicile de l'enfant pendant 2 mois maximum, hors jours fériés et vacances scolaires.

**Cette garantie est limitée à une intervention par année civile.** Au-delà d'une intervention par an, AXA Assistance peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de personnel qualifié. **Le coût du personnel qualifié reste à la charge du bénéficiaire.**

**4.6 - LIVRAISON DES REPAS :** À la demande de l'assuré, AXA Assistance organise la livraison de repas à domicile. Le coût des repas et de leur acheminement reste à sa charge. Cette prestation est accordée pendant 7 jours maximum par événement (et à concurrence d'un seul repas par jour). Pour en bénéficier, l'assuré doit en faire la demande dans les 30 jours suivants le début de son immobilisation ou, après Hospitalisation, de son retour à domicile.

## ARTICLE 5 - GARANTIE D'ASSISTANCE AUX ANIMAUX DOMESTIQUES

**5.1 - GARDE ET TRANSFERT D'ANIMAUX (CHIEN ET CHAT UNIQUEMENT) :** En cas d'Hospitalisation supérieure à 24 heures et si les animaux domestiques ne peuvent bénéficier de leur garde habituelle, AXA Assistance organise et prend en charge dans un rayon de 50 km du domicile du bénéficiaire :

- soit le transfert et la garde des animaux (maximum 2) jusqu'à la pension la plus proche du domicile. Les frais de pension sont pris en charge à concurrence de 230 € par événement et pour l'ensemble des animaux.
- soit le transfert des animaux (maximum 2) au domicile d'un proche.

**5.2 - EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE D'ASSISTANCE AUX ANIMAUX DOMESTIQUES :** Aucune garantie d'assistance ne pourra être accordée si le bénéficiaire n'est pas en mesure de présenter le carnet de santé et de vaccinations, de l'animal garanti, à jour conformément à la réglementation en vigueur.

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

- les maladies antérieures à la souscription du contrat,
- les maladies qui auraient pu être évitées par des vaccins préventifs,
- les anomalies, infirmités ou maladies congénitales,
- les maladies non liées à une intervention chirurgicale (ex: grippe...),
- toute intervention qui n'est pas pratiquée par un docteur vétérinaire,
- les interventions à but esthétique (oreilles coupées, taille de la queue...) et de convenance (castration, ovariectomie, avortement...),
- les prothèses dentaires ainsi que tout appareillage,
- les mises à bas ou césariennes qui ne sont pas occasionnées par un accident,
- les vaccinations, rappels et tatouages,
- les blessures lors de combats de chiens organisés,
- les mauvais traitements imputables au propriétaire ou aux personnes vivant sous son toit, au gardien de l'animal,
- les frais vétérinaires non prévus au titre de la convention,
- les frais engagés sur un animal mort,
- les frais d'incinération.

## ARTICLE 6 - GARANTIES D'ASSISTANCE MÉDICALE

Les Garanties d'assistance aux personnes consistent, en cas d'Atteinte corporelle grave de l'Assuré survenu lors d'un Déplacement à plus de trente kilomètres de son Domicile principal et dans le monde entier, à organiser et à prendre en charge si nécessaire des garanties d'assistance aux personnes dans les conditions et limites ci-après.

**6.1 - RAPATRIEMENT MÉDICAL :** L'Équipe Médicale d'AXA Assistance contacte les médecins traitants sur place et prend les décisions les plus adaptées à l'état de santé de l'Assuré en fonction des informations recueillies et des seules exigences médicales. Si l'Équipe médicale d'AXA Assistance recommande le rapatriement de l'Assuré vers une Structure médicale ou son Domicile, AXA Assistance organise et prend en charge sa réalisation en fonction. Si l'Assuré est hospitalisé dans une Structure médicale hors du secteur hospitalier de son Domicile, AXA Assistance organise et prend en charge son transfert vers son Domicile. Le choix de la destination de rapatriement, du lieu d'Hospitalisation, de la date, de la nécessité d'un accompagnement et des moyens utilisés pour le rapatriement relèvent exclusivement de la décision de l'Équipe médicale d'AXA Assistance.

**Tout refus de la solution proposée par l'Équipe médicale d'AXA Assistance entraîne la déchéance des garanties d'assistance médicales.**

**6.2 - RETOUR DES ASSURÉS :** Dans le cadre du rapatriement médical de l'Assuré, AXA Assistance organise et prend en charge le retour au Domicile des autres Assurés.

AXA Assistance prend en charge des titres de transport aller-simple en avion classe économique ou en train 1ère classe à condition que les moyens initialement prévus pour leur voyage retour ne soient pas utilisables ou modifiables.

**6.3 - EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES AUX GARANTIES D'ASSISTANCE MÉDICALES :** Sont exclus et ne pourront donner lieu à l'intervention d'AXA Assistance, ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit :

- toutes interventions et / ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages à titre préventif,
- les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas le bénéficiaire de poursuivre son déplacement,
- les convalescences, les affections en cours de traitement et non encore consolidées et / ou nécessitant des soins ultérieurs programmés,
- les maladies ou blessures préexistantes, diagnostiquées et/ou traitées et ayant fait l'objet d'une consultation médicale ou d'une Hospitalisation dans les 6 mois avant la date de demande d'assistance,
- les suites éventuelles (contrôle, compléments de traitements, récurrences) d'une affection ayant donné lieu à un rapatriement,
- les suites de la grossesse : accouchement, césarienne, soins au nouveau-né,
- les interruptions volontaires de grossesse,
- la chirurgie esthétique,
- les tentatives de suicide et leurs conséquences,
- les voyages entrepris dans un but de diagnostic et / ou de traitement,
- les conséquences du défaut, de l'impossibilité ou des suites de vaccination ou de traitement nécessité ou imposé par un déplacement ou un voyage,

- les transports répétitifs nécessités par l'état de santé du bénéficiaire.

## ARTICLE 7 - EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES

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

- toutes interventions et/ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages, à titre préventif, traitements ou analyses réguliers et, d'une manière générale, toute intervention ou prise en charge ayant un caractère répétitif ou régulier ;
- les interruptions volontaires de grossesse ;
- les convalescences, les affections en cours de traitement et non encore consolidées et/ou nécessitant des soins ultérieurs programmés ;
- les maladies ou blessures préexistantes, diagnostiquées et/ou traitées et ayant fait l'objet d'une consultation médicale ou d'une Hospitalisation dans les six (6) mois avant la date de demande d'assistance ;
- les tentatives de suicide et leurs conséquences ;
- les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, les traitements à but esthétique ;
- les frais médicaux, les cures, séjours en maison de repos et les frais de rééducation.
- les frais courants tels que repas ou boissons que l'Assuré aurait normalement supportés pendant votre séjour ;
- les frais de transport, d'hébergements initialement prévus pour le séjour ;
- le coût des communications téléphoniques, exceptées celles réalisées dans le cadre de la mise en place des garanties d'assistance de ce contrat.

De plus, ne pourront donner lieu à notre intervention, ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit toutes conséquences :

- de l'usage abusif d'alcool (taux d'alcoolémie constaté supérieur au taux fixé par la réglementation en vigueur), de l'usage ou de l'absorption de médicaments, drogues ou stupéfiants non prescrits médicalement ;
- d'un acte intentionnel ou d'une faute dolosive de la part de l'Assuré ;
- des frais de recherche et de secours résultant de l'inobservation des règles de prudence édictées par les exploitants du site et/ou des dispositions réglementaires régissant l'activité que vous pratiquez ;
- des dommages que l'Assuré a causés ou subis lorsque de la pratique des sports suivants : bobsleigh, alpinisme ou varappe ;
- de la participation de l'Assuré en tant que concurrent à toute épreuve sportive de compétition ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre ou aérienne (à moteur ou non) ainsi que la pratique des sports de neige ou de glace à un titre non-amateur ;
- du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;
- d'explosion d'engins et d'effets nucléaires radioactifs.

## ARTICLE 8 - RESPONSABILITÉ

**8.1 - RESPONSABILITÉ D'AXA ASSISTANCE** : L'engagement d'AXA Assistance repose sur une obligation de moyens. AXA Assistance s'engage à mobiliser tous les moyens d'action dont elle dispose pour effectuer l'ensemble des prestations d'assistance prévues ci-dessus.

AXA Assistance ne peut être tenue pour responsable d'un quelconque dommage à caractère professionnel ou commercial, subi par un Bénéficiaire à la suite d'un incident ayant nécessité l'intervention des services d'assistance.

AXA Assistance ne peut se substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche, et ne prend pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention sauf stipulation contractuelle contraire.

**8.2 - EXONÉRATION DE RESPONSABILITÉS** : Pour autant AXA Assistance ne peut être tenue pour responsable de la non-exécution ou des retards d'exécution des prestations causés par un cas de Force majeure rendant impossible l'exécution des engagements contractuels.

## ARTICLE 9 - SUBROGATION DANS LES DROITS ET ACTIONS DE L'ASSURÉ

Axa Partners est subrogé dans les droits et actions du Bénéficiaire contre tout tiers responsable de l'événement ayant déclenché son intervention et/ou son indemnisation, à concurrence des frais engagés et/ou des indemnités réglées en exécution du contrat.

## ARTICLE 10 - PRISE D'EFFET - DURÉE - RÉILIATION

Les garanties d'assistance sont acquises aux Assurés pendant toute la durée du contrat d'assurance MÉANA SANTÉ SENIORS 2.

Elles cessent leur effet de plein droit, sans autre avis, à la date à laquelle le contrat d'assurance MÉANA SANTÉ SENIORS 2 prend fin pour quelque raison que ce soit.

## ARTICLE 11 - PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

En qualité de responsable de traitement, les informations concernant les Assurés sont collectées, utilisées et conservées par les soins d'AXA Assistance pour la souscription, la passation, la gestion et l'exécution du présent Contrat, conformément aux dispositions de la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles et conformément à sa politique de protection des données personnelles telle que publiée sur son site internet.

Ainsi, dans le cadre de ses activités, AXA Assistance pourra :

- Utiliser les informations de l'Assuré ou de celles des personnes bénéficiant des garanties, afin de fournir les services décrits dans la présente Notice. En utilisant les services d'AXA Assistance, l'Assuré consent à ce qu'AXA Assistance utilise ses données à cette fins ;
- Transmettre les données personnelles de l'Assuré et les données relatives à son Contrat, aux entités du Groupe AXA, aux prestataires de services d'AXA Assistance, au personnel d'AXA Assistance, et à toutes personnes susceptibles d'intervenir dans les limites de leurs attributions respectives, afin de gérer le dossier de sinistre de l'Assuré, lui fournir les garanties qui lui sont dues au titre de son Contrat, procéder aux paiements et transmettre ces données dans les cas où la loi l'exige ou le permet ;
- Procéder à l'écoute et/ou à l'enregistrement des appels téléphoniques de l'Assuré dans le cadre de l'amélioration et du suivi de la qualité des services rendus ;
- Procéder à des études statistiques et actuarielles ainsi qu'à des analyses de satisfaction clients afin de mieux adapter nos produits aux besoins du marché ;

- e) Obtenir et conserver tout document photographique pertinent et approprié du bien de l'Assuré, afin de fournir les services proposés dans le cadre de son contrat d'assistance et valider sa demande ; et
- f) Procéder à l'envoi d'enquêtes qualité (sous forme de demandes à retourner ou de sondages) relatives aux services d'AXA Assistance et autres communications relatives au service clients.
- g) Utiliser les données personnelles dans le cadre d'un traitement de lutte contre la fraude ; ce traitement pouvant conduire, le cas échéant, à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

AXA Assistance est soumise aux obligations légales issues principalement du Code Monétaire et Financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme et, à ce titre, AXA Assistance met en œuvre un traitement de surveillance des contrats pouvant aboutir à la rédaction d'une déclaration de soupçon conformément aux dispositions de la Loi en la matière.

Les données recueillies peuvent être communiquées aux autres sociétés du Groupe AXA ou à un tiers partenaire, y compris pour une utilisation à des fins de prospection commerciale. Si l'Assuré ne souhaite pas que ses données soient transmises aux sociétés du Groupe AXA ou à un tiers pour une utilisation à des fins de prospection commerciale, il peut s'y opposer en écrivant au :

**Délégué à la Protection des données**  
**AXA Assistance**  
**8-10, rue Paul Vaillant Couturier 92240 Malakoff**  
**Email : dpo.axaAssistancefrance@axa-assistance.com**

Pour toute utilisation des données personnelles de l'Assuré à d'autres fins ou lorsque la loi l'exige, AXA Assistance doit solliciter son consentement.

L'Assuré peut revenir à tout moment sur son consentement.

En souscrivant au présent contrat et en utilisant ses services, l'Assuré reconnaît qu'AXA Assistance peut utiliser ses données à caractère personnel et consent à ce qu'AXA Assistance utilise les données sensibles décrites précédemment. Dans le cas où l'Assuré fournit à AXA Assistance des informations sur des tiers, l'Assuré s'engage à les informer de l'utilisation de leurs données comme défini précédemment ainsi que dans la politique de confidentialité du site internet d'AXA Assistance (voir ci-dessous).

L'Assuré peut obtenir, sur simple demande, copie des informations le concernant. Il dispose d'un droit d'information sur l'utilisation faite de ses données (comme indiqué dans la politique de confidentialité du site AXA Assistance – voir ci-dessous) et d'un droit de rectification s'il constate une erreur.

Si l'Assuré souhaite connaître les informations détenues par AXA Assistance à son sujet, ou s'il a d'autres demandes concernant l'utilisation de ses données, il peut écrire à l'adresse suivante :

**Délégué à la protection des données**  
**AXA Assistance**  
**8-10, rue Paul Vaillant Couturier 92240 Malakoff**  
**Email : dpo.axaAssistancefrance@axa-assistance.com**

L'intégralité de notre politique de confidentialité est disponible sur le site : axa-assistance.fr ou sous format papier, sur demande.

## ARTICLE 12 - RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION

En cas de désaccord concernant la gestion du contrat, le Souscripteur et/ou les Assurés s'adresse(nt) en priorité à leur interlocuteur privilégié afin de trouver des solutions adaptées aux difficultés rencontrées.

Si la réponse apportée n'est pas satisfaisante, le Souscripteur et/ou les Assurés peut/peuvent adresser leur réclamation par courrier à l'adresse suivante :

**AXA Partners - Service Gestion Relation Clientèle**  
**8-10, rue Paul Vaillant Couturier 92240 Malakoff**

Ou sur le site internet à partir de la rubrique « contact » [www.axa-assistance.fr/contact](http://www.axa-assistance.fr/contact).

Axa Assistance s'engage à accuser réception sous dix (10) jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, sauf si une réponse est apportée dans ce délai.

Une réponse sera adressée dans un délai maximum de deux (2) mois, sauf si la complexité nécessite un délai supplémentaire.

Après épuisement des voies de recours internes ci-dessus énoncées et si un désaccord subsiste, le Souscripteur et/ou les Assurés peut/peuvent faire appel dans un délai maximum d'un an à compter de la réclamation écrite, au Médiateur, personnalité indépendante, en écrivant à l'adresse suivante :

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

Ou en complétant le formulaire de saisine directement sur le site internet : [www.mediation-assurance.org](http://www.mediation-assurance.org)

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

Le Médiateur formulera un avis dans un délai de quatre-vingt-dix (90) jours à compter de la réception du dossier complet.

La Charte de « la Médiation de l'Assurance » est également consultable sur le lien suivant : <https://www.mediation-assurance.org/wp-content/uploads/2022/07/2022.06.22-Charte-du-Mediateur-1.pdf>

## ARTICLE 13 - PRESCRIPTION

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

Ce délai ne court :

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

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

La prescription est portée à dix (10) ans dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants-droit de l'assuré décédé. Conformément à l'article L114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription constituées par :

- toute demande en justice, même en référé, ou même portée devant une juridiction incompétente ;
- tout acte d'exécution forcée, ou toute mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ;
- toute reconnaissance par l'assureur du droit à garantie de l'assuré, ou toute reconnaissance de dette de l'assuré envers l'assureur.

La prescription est également interrompue par :

- la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;
- l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la souscription ou par l'Assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

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

#### **ARTICLE 14 - AUTORITÉS DE CONTRÔLE**

Inter Partner Assistance (AXA Assistance) est soumise en qualité d'entreprise d'assurance de droit belge au contrôle prudentiel de la Banque Nationale de Belgique située Boulevard de Berlaimont 14 - 1000 Bruxelles - Belgique - TVA BE 0203.201.340 RPM Bruxelles - ([www.bnb.be](http://www.bnb.be)). La succursale française d'IPA est soumise au contrôle prudentiel de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 4 place de Budapest CS 92459 - 75346 PARIS Cedex 09.

#### **ARTICLE 15 - COMPÉTENCE JUDICIAIRE**

Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du Contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

## NOTICE D'INFORMATION

valant Conditions Générales du contrat

# PROTECTION JURIDIQUE POUR LES CONTRATS SANTÉ

Contrat n° 10731864104 à effet du 1er janvier 2021

01 30 09 98 02

du lundi au vendredi de 9h30 à 19h30 (sauf jours fériés)

**Souscrit par SMATIS FRANCE** (Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au Répertoire Sirène sous le numéro SIREN 781166293, siège social : 6, rue du Piave - CS 90000 - 16920 Angoulême cedex 9) **auprès de la société JURIDICA** (Société anonyme au capital de 14 627 854,68 € - RCS Versailles N° 572 079 150 - Entreprise régie par le Code des assurances - TVA intracommunautaire : FR 69 572 079 150 - Siège social : 1, Place Victorien Sardou - 78160 Marly-le-Roi)

**pour le compte des bénéficiaires désignés ci-dessous.**

**La présente notice d'information, établie par JURIDICA en sa qualité d'assureur, est rédigée en langue française.** Elle est soumise à la compétence des tribunaux français et relève de la loi française. Elle est régie par le Code des assurances et complétée par les présentes dispositions.

### ARTICLE 1. LES DÉFINITIONS

Les définitions des termes ci-dessous employés dans ce document font partie intégrante du contrat. Elles s'appliquent chaque fois que l'un de ces termes y est mentionné.

**Le bénéficiaire ou vous :** toute personne physique, particulier ou Travailleur Non Salarie (TNS) ayant souscrit auprès de **SMATIS FRANCE** un contrat complémentaire santé en cours de validité, son conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité ainsi que leurs enfants respectifs mineurs sous leur autorité parentale et/ou à charge au sens fiscal du terme jusqu'à 28 ans, nommément désigné(s) sur ledit contrat; Exclusion des bénéficiaires des garanties Smatis Collectivité 5 et 6.

**Le souscripteur :** **SMATIS FRANCE**, pour le compte de l'ensemble de ses bénéficiaires.

**L'assureur ou nous :** **JURIDICA** – Société Anonyme au capital de 14 627 854,68 € - 572 079 150 R.C.S. Versailles - Entreprise régie par le Code des assurances - TVA intracommunautaire : FR 69 572 079 150 - Siège social : 1 place Victorien Sardou 78160 Marly-le-Roi.

**Action de groupe :** Action en justice, introduite par une association agréée qui saisit un juge pour le compte d'un groupe de consommateurs qui rencontrent un litige similaire ou identique, afin qu'ils soient indemnisés des préjudices subis.

**Action opportune :** Une action est opportune :

- Si le litige ne découle pas d'une violation manifeste par vos soins, de dispositions légales ou réglementaires ;
- Si vous pouvez apporter la preuve du bien-fondé de vos prétentions ou dont la preuve repose sur une base légale ;
- Si le litige vous oppose à un tiers solvable, identifié et localisable ;
- Lorsque vous vous trouvez en défense, si la demande de la partie adverse n'est pas pleinement justifiée dans son principe et dans son étendue par des règles de droit et/ou des éléments de preuve matériels.

**Année d'assurance :** Année civile.

**Avocat postulant :** Avocat qui représente une partie devant un tribunal judiciaire lorsque l'avocat choisi par le client pour plaider son dossier n'est pas inscrit au barreau devant lequel le procès a lieu.

**Consignation pénale :** Dépôt d'une somme au greffe par un justiciable plaignant tendant à garantir le bien-fondé de sa plainte avec constitution de partie civile ou demandée en cas de citation directe.

**Convention d'honoraires :** Convention signée entre l'avocat et son client fixant les honoraires et les modalités de règlement.

**Créance :** Droit dont vous disposez pour exiger d'un tiers la remise d'une somme d'argent.

**Dépens :** Part des frais engendrés par un procès dont le montant fait l'objet d'une tarification par voie réglementaire (notamment émoluments des officiers publics ou ministériels, indemnités des témoins), ou par décision judiciaire (rémunération des experts et techniciens) et que le tribunal met à la charge de l'une des parties qui est le plus souvent la perdante.

**Dol :** Utilisation de manœuvres frauduleuses ayant pour objet de tromper l'une des parties en vue d'obtenir son consentement.

**Fait générateur du litige :** Apparition d'une difficulté juridique matérialisée par l'atteinte à un droit ou par le préjudice que vous avez subi ou causé à un tiers, avant toute réclamation s'y rattachant.

**Frais irrépétibles :** Frais non compris dans les dépens que le juge peut mettre à la charge d'une des parties au procès au titre de l'article 700 du code de procédure civile, de l'article 475-1 du code de procédure pénale ou de l'article L 761-1 du code de justice administrative. Ces frais concernent des dépenses engagées avant l'ouverture de l'instance et pendant celle-ci, ainsi que les frais à venir. Ils comprennent notamment les honoraires et les plaidoiries de l'avocat, les mémoires et les consultations, les frais de constat d'huissier, les frais de consultation médicale, les frais de déplacement et de démarches exposés par une partie, un manque à gagner.

**Frais proportionnels :** Somme qui a vocation à couvrir l'ensemble des travaux et diligences effectués par l'huissier de justice, ainsi que les frais supportés par ce dernier à l'exception des frais de déplacement, de débours et des travaux rémunérés par des honoraires libres.

**Indice de référence :** Indice des prix à la consommation - Ensemble des ménages - France - Biens et services divers établi et publié chaque mois par l'INSEE (identifiant 001763793, base 2015) ou l'indice qui lui serait substitué. Une seule valeur d'indice est retenue pour toute l'année civile ; il s'agit de celle du mois d'août précédant l'année civile de la déclaration. Pour l'année 2020, la valeur est de 104,70.

**Intérêts en jeu :** Montant du litige, hors pénalités de retard, intérêts et demandes annexes. Pour les contrats dont l'application s'échelonne dans le temps selon une périodicité convenue, le montant du litige correspond à une échéance.

**Litige :** Opposition d'intérêts, désaccord ou refus opposé à une réclamation dont vous êtes l'auteur ou le destinataire, vous conduisant à faire valoir des prétentions en demande ou en défense, que ce soit à l'amiable ou devant une juridiction. L'ensemble des réclamations résultant d'un même fait générateur constitue un même litige.

**Prescription :** Période au-delà de laquelle une demande n'est plus recevable.

## ARTICLE 2. LES PRESTATIONS FOURNIES

### 2.1 - INFORMATIONS JURIDIQUES PAR TÉLÉPHONE

Pour toute question ou difficulté juridique, un juriste vous renseigne sur vos droits et obligations et vous oriente sur les démarches à entreprendre dans tous les domaines du droit français et du droit monégasque liés à votre vie privée ou de salarié.

Ces prestations sont disponibles du **lundi au vendredi de 9h30 à 19h30, sauf jours fériés, au 01 30 09 98 02.**

### 2.2 - LA PRESTATION D'ACCOMPAGNEMENT EN CAS DE LITIGE

Pour trouver une solution adaptée à votre litige garanti et défendre au mieux vos intérêts, **sous réserve que le montant des intérêts en jeu soit supérieur à 300,00 € HT à la date de la déclaration du litige et que l'action soit opportune**, nous nous engageons à :

#### 2.2.1 - VOUS CONSEILLER ET RECHERCHER UNE SOLUTION AMIABLE

En cas de litige garanti, nous analysons les aspects juridiques de la situation. Nous vous délivrons un conseil personnalisé en vue de sa résolution et nous déterminons la meilleure stratégie à adopter pour défendre vos intérêts. En concertation avec vous, nous intervenons directement auprès de la partie adverse pour lui exposer notre analyse du litige et lui rappeler vos droits.

Si cela est opportun, selon la nature du litige, nous pouvons être amenés à déléguer la gestion de votre litige à un prestataire externe.

Si vous êtes ou si nous sommes informés que la partie adverse est assistée ou représentée par un avocat, vous serez assisté dans les mêmes conditions. A ce titre, vous disposez du libre choix de votre avocat.

Si le litige nécessite le recours à une expertise amiable ou à un constat d'huissier, nous faisons appel à des prestataires spécialisés avec lesquels nous travaillons habituellement et dont nous définissons la mission.

Nous prenons en charge les frais et honoraires engagés **dans les limites et conditions de nos engagements financiers définis à l'article 6 et de l'annexe financière en dernière page de la présente notice.**

#### 2.2.2 - PRENDRE EN CHARGE LES HONORAIRES D'AVOCATS ET ASSURER VOTRE DÉFENSE AU JUDICIAIRE

**Sous réserve de l'opportunité de l'action**, nous vous assistons dans la mise en œuvre d'une action en justice :

- si la démarche amiable n'aboutit pas ;
- si les délais sont sur le point d'expirer ;
- si vous avez reçu une assignation et devez être défendu.

Vous disposez du libre choix de votre avocat : vous pouvez en choisir un de votre connaissance, après nous en avoir informé et nous avoir communiqué ses coordonnées ou, **si vous en formulez la demande par écrit**, choisir parmi ceux que nous vous proposons pour leur compétence dans le domaine concerné ou leur proximité. Dans les deux cas, vous négociez avec la personne désignée le montant de ses frais et honoraires dans le cadre d'une convention d'honoraires.

Par ailleurs, vous devez nous informer de l'état d'avancement de votre affaire dans le respect du présent contrat.

Si la décision de justice prononcée en votre faveur le nécessite, nous faisons procéder à son exécution par l'intermédiaire d'un huissier de justice **sous réserve de l'opportunité d'une telle action**. Nous transmettons alors à l'huissier de justice saisi toutes les informations lui permettant d'intervenir auprès de votre adversaire débiteur.

**A l'occasion d'un litige garanti**, nous prenons en charge les frais et honoraires engagés pour sa résolution **dans les limites et conditions de nos engagements financiers définis à l'article 6 et de l'annexe financière en dernière page de la présente notice.**

## ARTICLE 3. VOTRE GARANTIE EN CAS DE LITIGE

### Santé / Recours médical

Vous êtes garanti en cas de litige vous opposant à un professionnel de la santé ou à un établissement de soins à la suite d'une erreur médicale, d'une erreur de diagnostic ou d'une infection nosocomiale ou iatrogène

### Recours corporel / Atteinte à l'intégrité physique

Vous êtes garanti en cas de litige portant sur la réparation de l'atteinte à votre intégrité physique consécutive à une agression ou à un accident imputable à un tiers.

## ARTICLE 4. LES EXCLUSIONS

Nous ne garantissons pas les litiges résultant :

- de la mise en cause de votre responsabilité civile lorsqu'elle est garantie par un contrat d'assurance ;
- d'un dépassement d'honoraires ou d'un honoraire ne résultant pas d'un acte médical codifié ;
- de soins ou d'opérations de chirurgie esthétique, sauf ceux relatifs à de la chirurgie réparatrice prise en charge par la Sécurité Sociale ;
- de maladies d'origine professionnelle prévues à l'article R.461-3 du code de la Sécurité Sociale ainsi que des affections liées à l'amiante ou aux prisons ;
- d'avals ou de cautionnements que vous avez donnés, ou de mandats que vous avez reçus ;
- des actes d'administration ou de gestion d'une association ou d'une société civile ou commerciale ;
- d'une activité politique ou syndicale, d'un mandat électif ;
- d'un aménagement de délais de paiement n'impliquant pas, de votre part, une contestation sur le fond ;
- de votre mise en cause pour dol ou d'une poursuite liée à un délit intentionnel au sens de l'article 121-3 du code pénal ou à un crime. Toutefois, nous prenons en charge les honoraires de l'avocat de votre connaissance, dans l'hypothèse où la décision, devenue définitive, écarterait le dol. Ce remboursement s'effectue dans la limite des montants maximum de prise en charge définis à l'article 6 et de l'annexe financière en dernière page de la présente notice ;
- de votre opposition au souscripteur du contrat groupe ;
- de la révision constitutionnelle d'une loi.

## ARTICLE 5. LES CONDITIONS D'INTERVENTION

### ARTICLE 5.1. LES CONDITIONS DE GARANTIE

Les prestations en cas de litige vous sont acquises si les conditions suivantes sont réunies :

- Le fait générateur du litige ne doit pas être connu de vous à la date de prise d'effet de votre garantie ;
- Vous devez nous déclarer votre litige entre la date de prise d'effet de votre garantie et celle de sa cessation ;
- Vous devez avoir contracté et maintenu en vigueur les assurances légales obligatoires vous incombant ;

- Afin que nous puissions analyser les informations transmises et vous faire part de notre avis sur l'opportunité des suites à donner à votre litige, **vous devez recueillir notre accord préalable AVANT de saisir une juridiction, d'engager une nouvelle étape de la procédure ou d'exercer une voie de recours.**

- **Les intérêts en jeu, à la date de la déclaration du litige, doivent être supérieurs à 300,00 € HT.** Par intérêts en jeu, on entend le montant du litige, hors pénalités de retard, intérêts et demandes annexes. Pour les contrats dont l'application s'échelonne dans le temps selon une périodicité convenue, le montant du litige correspond à une échéance

**Si votre responsabilité civile est mise en cause**, les dommages dont vous êtes responsables ne sont pas pris en charge au titre d'une garantie de responsabilité civile présente dans un autre contrat d'assurance.

**Par ailleurs, tout changement, toute modification ou toute transformation de la présente notice intervenant postérieurement à la prise d'effet de votre garantie, vous sera notifié et vous sera opposable.**

#### ARTICLE 5.2. LES CAUSES DE DÉCHÉANCE DE GARANTIE

Vous êtes déchu de tout droit à garantie pour le litige considéré si vous faites une déclaration inexacte sur les faits, les événements ou la situation qui sont à l'origine du litige ou plus généralement sur tous les éléments pouvant servir à sa résolution.

#### ARTICLE 5.3. SANCTIONS INTERNATIONALES

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

#### ARTICLE 5.4. DÉCLARATION DU LITIGE ET INFORMATION DE JURIDICA

Dans votre propre intérêt, vous devez nous déclarer le litige par écrit dès que vous en avez connaissance à l'adresse suivante : JURIDICA - 1 place Victorien Sardou 78166 Marly-le-Roi Cedex, en nous communiquant notamment :

- les références du contrat de Protection Juridique ;
- les coordonnées précises de votre adversaire ;
- les références de tout autre contrat susceptible de couvrir le litige ;
- un exposé chronologique des circonstances du litige ; toutes pièces permettant d'établir la matérialité des faits ; tous renseignements et documents utiles à l'instruction du dossier.

Par ailleurs, vous devez nous transmettre, **dès réception**, tous avis, lettres, convocations, actes d'huissiers, assignations et pièces de procédure qui vous seraient adressés, remis ou signifiés. Cette rapidité est importante pour préserver vos droits et actions.

#### ARTICLE 5.5. LE RESPECT DU SECRET PROFESSIONNEL

Les personnes qui connaissent des informations que vous nous communiquez, dans le cadre de votre garantie protection juridique, sont tenues au secret professionnel (article L 127-7 du code des assurances).

#### ARTICLE 5.6. LA TERRITORIALITÉ

Les prestations du contrat vous sont acquises pour les litiges découlant de faits et événements survenus dans l'un des pays énumérés ci-après, qui relèvent de la compétence d'un tribunal de l'un de ces pays et dont l'exécution des décisions rendues s'effectue également dans l'un de ces pays :

- France, Pays et Territoires d'Outre-Mer et Monaco ;
- États membres de l'Union Européenne au 1er janvier 2019, Andorre, Liechtenstein, Norvège, Saint-Marin, Suisse et Vatican, **si le litige survient à l'occasion d'un séjour de moins de trois mois consécutifs.**

#### ARTICLE 5.7. EN CAS DE DÉSACCORD

Après analyse des informations transmises, nous envisageons l'opportunité des suites à donner à votre litige à chaque étape significative de son évolution. Nous vous en informons et en discutons avec vous.

En cas de désaccord entre vous et nous sur le fondement de votre droit ou sur les mesures à prendre pour régler le litige, vous pouvez, selon les dispositions de l'article L.127-4 du code des assurances :

- soit soumettre cette difficulté à l'appréciation d'une tierce personne désignée d'un commun accord ou désignée, à défaut, par le président du tribunal judiciaire. Nous prenons en charge les frais exposés pour la mise en œuvre de cette action. Cependant, le président du tribunal judiciaire peut les mettre à votre charge s'il considère que vous avez mis en œuvre cette action dans des conditions abusives ;
- soit exercer l'action, objet du désaccord, à vos frais. Dans ce cas, si vous obtenez une solution définitive plus favorable que celle proposée par nous ou la tierce personne citée ci-dessus, nous vous remboursons les frais et honoraires que vous avez engagés pour cette action **dans les conditions de prise en charge définies à l'article 6 et de l'annexe financière en dernière page de la présente notice.**

#### ARTICLE 5.8. EN CAS DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

En vertu de l'article L127- 5 du Code des assurances, vous avez la liberté de choisir un avocat de votre connaissance chaque fois que survient un conflit d'intérêts entre vous et nous.

Dans ce cas, nous prenons en charge les frais et honoraires de l'avocat **dans les conditions de prise en charge définies à l'article 6 et de l'annexe financière en dernière page de la présente notice.**

### ARTICLE 6. LA PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE

**(L'ensemble des seuils et coûts d'interventions sont précisés en Annexe de la présente notice)**

#### ARTICLE 6.1. - LA NATURE DES FRAIS PRIS EN CHARGE

**A l'occasion d'un litige garanti, nous prenons en charge, dans la limite d'un plafond global de 20.000,00 € HT pour l'ensemble des frais et honoraires engagés pour la résolution de l'ensemble des litiges découlant d'un même événement :**

- les coûts de constat d'huissier **que nous avons engagés ;**
- les frais et honoraires d'experts, **que nous avons engagés ou qui résultent d'une expertise diligentée sur décision de justice, dans la limite d'un plafond de 3.500,00 € HT par litige ;**
- **les frais et honoraires des médiateurs que nous avons engagés ou que les tribunaux ont désignés ;**

- vos autres dépens **à l'exception des dépens et frais irrépétibles engagés par la partie adverse et mis à votre charge par le juge ou par une transaction** ;
- les frais et honoraires d'avocat, **dans la limite des montants exprimés dans le tableau « Plafonds de remboursement des honoraires d'avocat » figurant à l'annexe financière en dernière page de la présente notice.**

#### ARTICLE 6.2. - LES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE

La prise en charge des frais et honoraires d'avocat s'effectue selon les modalités suivantes :

- soit nous réglons directement l'avocat qui a été saisi sur justificatifs de la procédure engagée, de la décision rendue et sur présentation d'une délégation d'honoraires que vous avez signée et nous autorisant à payer directement l'avocat ;
- soit, à défaut de cette délégation, vous réglez toutes taxes comprises les frais et honoraires de l'avocat saisi et nous vous remboursons sur justificatifs des démarches effectuées (ex : assignation, décision de justice,...) et d'une facture acquittée.

**En cas de participation à une action de groupe** et quel que soit le montant des intérêts en jeu de votre litige, nous vous remboursons les frais et honoraires restés à votre charge en fin de procédure contentieuse **dans la limite de 200 € TTC et d'une action de groupe engagée par année d'assurance.**

Ce remboursement intervient sur présentation des démarches effectuées, des décisions rendues et d'une facture acquittée. Par intérêt en eu, on entend le montant du litige, hors pénalités de retard, intérêts et demandes annexes. Pour les contrats dont l'application s'échelonne dans le temps selon une périodicité convenue, le montant du litige correspond à une échéance.

En dehors des cas de participation à une action de groupe, lorsque vous avez avec plusieurs personnes un même litige contre un même adversaire et que vous avez confié à un même avocat la défense de ces intérêts communs, nous vous remboursons au prorata du nombre d'intervenants dans ce litige **dans la limite des montants définis à l'annexe financière en dernière page de la présente notice** (par exemple, en cas de conflit de voisinage, un bénéficiaire prend le même avocat qu'un de ses voisins dans un litige l'opposant à un troisième voisin).

#### Montants retenus en cas de litige porté devant des juridictions étrangères :

Quand le litige est porté devant des juridictions étrangères, le montant retenu est celui de la juridiction française équivalente. A défaut, le montant applicable est celui du niveau de juridiction concerné.

#### ARTICLE 6.3. - SUBROGATION

La juridiction compétente peut décider de mettre à la charge de la partie adverse les dépens ou les frais irrépétibles. Le code des assurances nous permet alors de récupérer ces sommes **dans la limite des frais et honoraires que nous avons engagés dans votre intérêt**. Néanmoins, si vous justifiez de frais et honoraires restés à votre charge et exposés dans le cadre dudit litige, vous récupérez ces indemnités en priorité.

#### ARTICLE 6.4. - LES FRAIS NON PRIS EN CHARGE

**Nous ne prenons pas en charge les frais suivants :**

- les frais proportionnels mis à votre charge en qualité de créancier ;
- les honoraires de résultat des mandataires, quels qu'ils soient, fixés en fonction de l'intérêt en jeu ou en fonction du résultat définitif ou espéré des démarches engagées ;
- les dépens et les frais irrépétibles engagés par la partie adverse et mis à votre charge par le juge ou par une transaction ;
- les frais et honoraires d'enquête pour identifier ou retrouver la partie adverse ou connaître la valeur de son patrimoine ;
- les condamnations au principal, les amendes, les intérêts de retard et les dommages et intérêts prononcés contre vous ;
- les frais et honoraires d'un avocat postulant ;
- les frais de consultation et d'inscription d'hypothèques ;
- les frais et honoraires d'avocat au dépôt d'une déclaration de créance ;
- les frais et honoraires d'avocat relatifs à une requête en relevé de forclusion ;
- les frais et honoraires d'avocat pour le dépôt d'une plainte ;
- les consignations pénales ;
- les frais de consultation ou d'actes de procédure réalisés avant la déclaration de litige, sauf s'il y a urgence à les avoir demandés ;
- les frais et honoraires liés à une procédure de contrôle d'une loi déjà promulguée (question prioritaire de constitutionnalité) ;
- les frais d'adhésion à une association au titre de la défense des intérêts individuels ou collectifs, y compris dans l'hypothèse d'une action de groupe ;
- les frais et honoraires d'avocat intervenus dans des démarches amiables lorsque la loi n'impose pas cette assistance ou en l'absence de conflit d'intérêts.

### ARTICLE 7. LA VIE DE LA GARANTIE

#### 7.1 - PRISE D'EFFET ET DURÉE

La garantie vous est acquise à compter de votre désignation comme bénéficiaire par le souscripteur. Elle est liée à votre qualité de bénéficiaire et cesse ses effets en cas de perte de cette qualité.

Par ailleurs, votre garantie cesse tous ses effets en cas de nullité, de résiliation de votre complémentaire santé ou si vous êtes radié pour défaut de paiement de vos cotisations par le souscripteur. Vous en serez alors informé par le souscripteur.

#### 7.2 - LA PRESCRIPTION

La prescription est la période au-delà de laquelle une demande n'est plus recevable. Conformément aux dispositions prévues par l'article L.114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où nous en avons eu connaissance,
- en cas de sinistre, que du jour où vous en avez eu connaissance, sous réserve que vous prouviez l'avoir ignoré jusque-là.

Quand votre action contre nous a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour :

- où ce tiers a exercé une action en justice contre vous ;
- où vous l'avez indemnisé.

Conformément à l'article L.114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription constituées par :

- toute demande en justice, même en référé, ou même portée devant une juridiction incompétente ;
- tout acte d'exécution forcée, ou toute mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ;

- notre reconnaissance de votre droit à garantie, ou toute reconnaissance de dette de votre part envers nous ;
- la demande d'aide juridictionnelle qui dure jusqu'au moment où le bureau d'aide juridictionnelle rend une décision définitive. Elle est également interrompue par :
- la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par :
- nous à vous en ce qui concerne l'action en paiement de la prime ;
- vous à nous en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Conformément à l'article L.114-3 du Code des assurances, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

### 7.3 - LE TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS

Indépendamment de votre droit d'engager une action en justice vous pouvez contacter, par téléphone ou par écrit, votre interlocuteur habituel.

Par la suite, et si une incompréhension subsiste, vous pouvez faire appel au service Réclamations en écrivant à l'adresse suivante :

JURIDICA - Service Réclamation - 1, Place Victorien Sardou - 78166 Marly-le-Roi Cedex, en précisant le nom et le numéro du contrat. Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin. Un accusé réception vous sera adressé dans un délai de 8 jours et une réponse motivée vous sera alors adressée dans un délai de 40 jours (sauf si la complexité nécessite un délai complémentaire dont vous serez informé).

Si aucune solution n'a été trouvée, vous pourrez ensuite faire appel au Médiateur de l'Assurance en écrivant à l'adresse suivante : TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09 ou sur son site internet <http://www.mediation-assurance.org> Ce recours est gratuit. Le Médiateur formulera un avis dans les 3 mois à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas et vous laissera toute liberté pour saisir éventuellement le tribunal français compétent.

### 7.4 - INFORMATION SUR LES DONNÉES PERSONNELLES

Dans le cadre du contrat de protection juridique N° 10731864104 JURIDICA va principalement utiliser vos données personnelles pour gérer et exécuter, en qualité de responsable de traitement, les prestations contractées. JURIDICA sera également susceptible de les utiliser (i) dans le cadre de contentieux, (ii) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, (iii) afin de se conformer à une réglementation applicable, ou (iv) pour l'analyse de tout ou partie des données collectées vous concernant, évaluer votre situation ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser votre parcours client.

**Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour l'exécution des garanties d'assurance du contrat précité.**

Conformément aux dispositions de la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles, vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales).

Sont, avec JURIDICA, destinataires de vos données personnelles SMATIS FRANCE en sa qualité d'assureur de votre contrat complémentaire santé cas de modifications ou de mises à jour constatées à la suite d'une demande de garanties, leurs sous-traitants contractuellement liés, les intermédiaires d'assurance partenaires de SMATIS FRANCE, les réassureurs ainsi que les organismes professionnels habilités qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Pour ceux de ces destinataires situés en-dehors de l'Union Européenne, le transfert est limité (i) aux pays listés par la Commission Européenne comme protégeant suffisamment les données ou (ii) aux destinataires respectant soit les clauses contractuelles types proposées par la CNIL, soit les règles internes d'entreprise du groupe AXA de protection des données (BCR). (Mars 2019). **Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités de JURIDICA.**

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

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

Vous pouvez écrire à notre délégué à la protection des données pour exercer vos droits par email ([cellulecnil@axa-juridica.com](mailto:cellulecnil@axa-juridica.com)) ou par courrier (JURIDICA – Cellule CNIL – 1, Place Victorien Sardou 78166 Marly-le-Roi Cedex). En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL. Pour plus d'informations, consultez : <https://www.juridica.fr/donnees-personnelles-et-cookies/>.

## ANNEXE FINANCIÈRE MONTANTS DE PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE

SEUILS ET PLAFONDS	
Seuil d'intervention	300€ HT
Plafond global	20 000€ HT par litige
Plafond expertise	3 500 € HT par litige

PLAFONDS DE PRISE EN CHARGE DES FRAIS ET HONORAIRES D'AVOCAT	
<p>Montants de prise en charge des honoraires d'avocats ou de tout autre professionnel habilité par la loi. Ces montants incluent les frais de secrétariat, de déplacement, de photocopies et de droit de timbre. Ils ne sont pas indexés et sont indiqués Toutes Taxes Comprises, calculés sur une TVA de 20%, ils peuvent varier en raison d'une modification du montant de La TVA au jour de La facturation.</p>	
Assistance	
Assistance à expertise judiciaire - Assistance à mesure d'instruction Recours précontentieux en matière administrative Représentation devant une commission administrative, civile ou disciplinaire	350 € par intervention
Assistance à transaction définitive ayant abouti à un protocole signé par Les parties Assistance à médiation ou conciliation ayant abouti et constatée par le juge	Montant d'une procédure menée à son terme
Ordonnances, quelle que soit la juridiction (y compris Le juge de l'exécution)	
Ordonnance en matière gracieuse ou sur requête	540 € par ordonnance
Ordonnance de référé	460 € par ordonnance
Première instance ci-dessous mentionnée (y compris Les médiations et conciliations n'ayant pas abouti)	
Médiation pénale, composition pénale, comparution sur reconnaissance préalable de culpabilité, rappel à La Loi	460 € par litige
Tribunal de police sans constitution de partie civile du bénéficiaire	350 € par litige
Tribunal judiciaire - Tribunal administratif - Tribunal de commerce	1 150 € par litige
Commission d'indemnisation des victimes d'infraction après saisine du tribunal correctionnel, de la cour d'assises ou suite à un protocole d'accord avec Le Fonds de la Garantie Automobile	330 € par litige
Toute autre première instance non mentionnée	
Autres juridictions de première instance (y compris le juge de l'exécution]	730 € par litige
Appel	
Matière pénale	830 € par litige
Autres matières	1 200 € par litige
Hautes juridictions	
Cour d'assises	1 660 € par litige
Cour de cassation - Conseil d'État + Cour européenne des droits de l'homme - Cour de justice de l'Union Européenne	2 620 € par litige, consultations comprises

Les prestations de protection juridique de SMATIS FRANCE sont garanties par JURIDICA S.A. au capital de 14 627 854,68 € - 572 079 150 R.C.S. Versailles  
 Entreprise régie par le Code des assurances - TVA intracommunautaire 69 572 079 150 - Siège social : 1 place Victorien Sardou 78160 Marly-le-Roi.

L'organisme chargé du contrôle de JURIDICA est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR),  
 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09.

Plus d'informations sur :

[asaf-afps.fr](https://asaf-afps.fr)

Pour toute correspondance :

ASAF & AFPS

Les Templiers - 950 route des Colles - CS 50335  
06906 BIOT-SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX



OFF706/octobre 2024/ IDU ASAF & FPS FR313769\_03MUYE

## ASAF & AFPS

**Association souscriptrice de contrat d'assurance de groupe (Loi 1901) : ASAF & AFPS** (Association Santé et Action Familiale & Action Familiale de Prévoyance Sociale) - J.O. du 05/01/74 - Siret 307 513 259 00043 - n°orias : 11 059 106 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr)) – **Centre de Gestion (pour ASAF & AFPS) : GIEPS** - Groupement d'Intérêt économique (ordonnance n°67-821) de Prévoyance Sociale - 950 012 997 RCS ANTIBES - Sièges sociaux ASAF & AFPS / GIEPS : Les Templiers - 950 Route des Colles - 06410 BIOT • **Porteurs de risques « Frais de santé » : Mutuelle SMATIS FRANCE** (SOLIDARITE MUTUALISTE DE L'ASSOCIATION DES TRAVAILLEURS INDEPENDANTS ET SALARIES DE FRANCE) - Immatriculée au Répertoire Sirene sous le N° SIREN 781 166 293 - siège social : 6, rue du Plave – CS 90000 – 16920 ANGOULEME CEDEX 9 - **Inter Partner Assistance** - SA de droit Belge au capital de 180 702 613 € - Siège social : Boulevard du Régent 7 - 1000 Bruxelles - Entreprise d'assurance non vie agréée par la Banque Nationale de Belgique sous le n° de code 0487, immatriculée au registre des personnes morales de Bruxelles sous le n° BCE 415 591 055, **prise au travers de sa succursale française** (316 139 500 RCS NANTERRE) établie 8-10, rue Paul Vaillant Couturier 92240 Malakoff - **JURIDICA** - Société anonyme au capital de 14 627 854,68 € - RCS Versailles N°572 079 150 - Entreprise régie par le Code des assurances - TVA intracommunautaire : FR 69 572 079 150 - Assureur Protection Juridique professionnelle et santé - Siège social : 1, Place Victorien Sardou - 78160 Marly-le-Roi - Autorité chargée de leur contrôle : **Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)** située : 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.