

SOMMAIRE

PARTIE 1 : Notice d'information Complémentaire Santé Individuelle	01
PARTIE 2 : Notice d'information APS Assistance	08

NOTICE D'INFORMATION COMPLEMENTAIRE SANTE INDIVIDUELLE

DEFINITIONS

100% SANTE

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, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.

MEMBRE PARTICIPANT

Personne physique garantie par le contrat qui signe le bulletin d'adhésion et s'engage à payer les cotisations.

AYANT DROIT

Personne physique bénéficiant des garanties du contrat du membre participant à condition d'avoir été préalablement affiliée.

BASE DE REMBOURSEMENT (BR)

Tarif déterminé par l'Assurance Maladie, pour un acte ou soin, sur lequel intervient le remboursement. Il s'agit de :

- Tarif de convention lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'Assurance Maladie. Le tarif est déterminé par l'Assurance Maladie et les représentants de la profession ;
- Tarif de responsabilité pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux ;
- Tarif d'autorité lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné.

BÉNÉFICIAIRE

Personne physique percevant la prestation prévue par les garanties du contrat lors de la réalisation du risque.

COTISATIONS

Contribution des membres participants versée à la Mutuelle en contrepartie de son engagement.

DISPOSITIFS DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE

Contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) et OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique).

DÉPASSEMENT D'HONORAIRES

Différence entre les honoraires du professionnel de santé et la Base de Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire. Cette différence n'est jamais remboursée par cette dernière.

FRANCHISES MÉDICALES

Sommes déduites des remboursements effectués par l'Assurance Maladie Obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Ces franchises ne sont pas remboursées par le contrat.

FORFAIT JOURNALIER OU HOSPITALIER

Participation de l'assuré aux frais entraînés par l'hospitalisation (hébergement et entretien) dans un établissement de santé. Cette participation n'est pas prise en charge par l'Assurance Maladie.

FRAIS RÉELS

Dépense réellement engagée par le bénéficiaire pour un acte médical donné.

GARANTIE

Engagement de la Mutuelle, en contrepartie du versement de cotisations convenues d'avance, à verser une prestation à l'occasion de la réalisation d'un risque garanti par le contrat.

HONORAIRE DE DISPENSATION

Rémunération du pharmacien d'officine destinée à valoriser la dispensation d'un médicament qui comprend : l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance, la préparation éventuelle des doses à administrer, les conseils aux patients. Il existe cinq honoraires de dispensation. Selon les cas, la prise en charge de ces honoraires est identique à celle des médicaments auxquels ils se réfèrent ou fixée à 70% ou 100% par l'assurance maladie obligatoire.

HONORAIRE LIMITE DE FACTURATION

Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. Depuis 2019 et progressivement, des honoraires limites de facturation (HLF) sont appliqués à certaines prothèses dentaires, dont en particulier celles contenues dans le panier 100% santé.

MALADIE

Toute altération de santé constatée par une autorité médicale, ouvrant droit aux prestations d'un régime de Sécurité sociale française.

PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

Circuit que les patients doivent respecter s'ils veulent bénéficier du remboursement maximal de l'Assurance Maladie Obligatoire. Ce circuit doit débuter par la consultation du médecin traitant avant toute consultation de spécialiste, sauf ceux dont l'accès est direct.

PRESTATION

Exécution des garanties par la Mutuelle.

PRIX LIMITE DE VENTE

Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre.

Les aides auditives et les lunettes retenues dans les paniers 100% santé ont des prix limite de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les assurés puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements.

TICKET MODÉRATEUR

Différence entre la Base de Remboursement de l'Assurance Maladie et le montant du remboursement effectué par la Sécurité sociale, déduction faite des éventuelles franchises ou participations applicables. Cette part des frais médicaux est laissée à la charge des assurés ou peut être prise en charge par l'organisme complémentaire.

TITRE 1 - DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 – Objet et nature du contrat

Le présent contrat est un contrat collectif à adhésion facultative de complémentaire santé conclu entre :

- D'une part, l'Association de Prévoyance Sociale « APS », association sans but lucratif, régie par la loi du 1er juillet 1901, enregistrée en préfecture du Vaucluse sous le n° 206470 le 18 mai 1987 puis en sous-préfecture d'Arles sous le n° W132001968 le 30 août 2006, dont le siège social est situé 10, parc des Baumes – 13160 CHATEAURENARD, le souscripteur, ci-après dénommé l'Association ;
- Et d'autre part, KLESIA Mut', immatriculée sous le numéro SIREN 529 168 007, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la mutualité, située 4, rue Georges Picquart – 75017 Paris l'assureur, ci-après dénommé la Mutuelle.

Ce contrat a pour objet de vous garantir, ainsi qu'à vos ayants droit, le remboursement des frais de santé occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.

La gestion du contrat est confiée à APS Prévoyance, Entreprise Solidaire d'Utilité Sociale (ESUS), intermédiaire en assurances, immatriculé à l'ORIAS sous le n° 12066301, société par actions simplifiée à capital variable, RCS de Tarascon 538503079 dont le siège social est situé 10, parc des Baumes – 13 160 CHATEAURENARD – Adresse postale : BP 285 – 84 011 AVIGNON Cedex.

Article 2 – Cadre juridique

Le présent contrat est régi par les dispositions du Code de la mutualité et est exclusivement soumis à la loi française. Le règlement des éventuels litiges liés au présent contrat sera du ressort des tribunaux français.

Article 3 – Contrat responsable

Le présent contrat est en conformité avec les exigences posées par les articles L871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité sociale relatives aux contrats dits « responsables ».

En conséquence :

- la participation forfaitaire (actes et consultations de médecins, actes de biologie médicale) et les franchises médicales (médicaments, actes d'auxiliaires médicaux, transports) laissées à la charge de chaque patient, instaurées par l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale, ne sont pas remboursées ;
- hors parcours de soins coordonnés, aucune majoration de la participation de l'assuré (ticket modérateur) prévue à l'article L162-5-3 du Code de la Sécurité sociale n'est prise en charge ;
- hors parcours de soins coordonnés, les dépassements d'honoraires de spécialistes sur les actes cliniques et techniques ne sont pris en charge qu'au-delà du montant du dépassement autorisé défini par la convention médicale en vigueur pour les actes cliniques de spécialistes de secteur 1 ;
- la Mutuelle respecte les obligations de prise en charge prévues à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale (planchers et plafonds de remboursements de prestations, prise en charge du ticket modérateur et des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés par la réglementation pour les équipements des paniers 100% santé des équipements optiques, des aides auditives, et des soins prothétiques dentaires).

Article 4 – Autorité de contrôle de la Mutuelle

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située au 4 Place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS Cedex 09.

Article 5 – Prescription

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

Toutefois, le délai de prescription ne court :

- en cas de réticence, omission ou fausse déclaration, qu'à compter du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- 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.

Lorsque votre action, celle du bénéficiaire ou de votre ayant droit contre la Mutuelle 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 vous, le bénéficiaire ou votre ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Le délai de prescription est interrompu dans les cas suivants :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- la demande en justice, même en référé ;
- l'acte d'exécution forcée ;
- la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;
- l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée soit à vous-même par la Mutuelle en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit à la Mutuelle par vous-même, le bénéficiaire ou vos ayants droit en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Article 6 – Fausse déclaration

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du bénéficiaire, la garantie qui vous est accordée est nulle conformément à l'article L221-14 du Code de la Mutualité.

Les cotisations payées demeurent acquises à la Mutuelle.

L'omission ou la déclaration inexacte de votre part dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir la garantie moyennant une augmentation de cotisation que vous acceptez ; à défaut d'accord de votre part, l'adhésion prend fin dix jours après notification par lettre recommandée ; la Mutuelle vous restitue la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion des cotisations payées par rapport aux cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article 7 – Réclamation et médiation

Pour toute réclamation relative à la mise en œuvre du contrat, vous devez vous adresser en priorité à :

APS Prévoyance – BP 285 - 84 011 AVIGNON Cedex

Tel : 04 90 14 36 00 / Fax : 04 90 14 36 15 / reclamation@aps-prevoyance.fr

Conformément à l'article 3 du Règlement de médiation de la consommation de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) dont la Mutuelle est adhérente, après épuisement des procédures internes de règlement des litiges propres à la Mutuelle et sans préjudice du droit d'exercer un recours contentieux, le membre participant ainsi que les membres bénéficiaires et les ayants droit peuvent, afin de trouver une issue amiable au différend les opposant à la Mutuelle, s'adresser par courrier au Médiateur de la FNMF à l'adresse suivante : 255, rue de Vaugirard, 75 719 PARIS Cedex 15 ou en remplissant le formulaire ad hoc sur le site internet www.mediateur-mutualite.fr.

Le Médiateur peut également être saisi à défaut de réponse de la Mutuelle dans le délai de 2 mois à une réclamation écrite. Pour être recevable, la saisine du membre participant doit être accompagnée du justificatif de la réclamation auprès de la Mutuelle. La demande auprès du Médiateur est introduite par le membre participant, le membre bénéficiaire ou l'ayant droit dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite auprès de la Mutuelle.

Article 8 – Protection des données personnelles

Dans le cadre de la relation contractuelle qui vous lie à la Mutuelle, KLESIA Mut', entité du Groupe KLESIA, située au 4 rue Georges Picquart, 75017 PARIS, et APS Prévoyance, délégataire de gestion situé 10, parc des Baumes, 13160 CHATEAURENARD, sont amenés à traiter des données personnelles des assurés et des bénéficiaires du contrat en tant que responsables conjoints de traitement.

Toutes les données sont obligatoires sauf celles identifiées comme facultatives. En effet, les données obligatoires sont nécessaires à l'adhésion au contrat ou au respect de dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. A défaut de fourniture des données obligatoires, KLESIA Mut' et APS Prévoyance seront dans l'impossibilité de traiter vos demandes.

8.1. Les finalités de la collecte de vos données personnelles

Dans le cadre de l'exécution de votre adhésion au contrat d'assurance, les données personnelles que nous collectons vont permettre :

- l'étude de vos besoins spécifiques nécessaire à la passation des contrats d'assurance afin de vous proposer des contrats adaptés ;
- la tarification, l'émission des documents pré contractuels, contractuels et comptables, l'encaissement des primes ou cotisations et leur répartition éventuelle entre les coassureurs et les réassureurs, le commissionnement, la surveillance des risques, et les autres opérations techniques nécessaires à la gestion des contrats d'assurance ;
- la gestion des prestations et la gestion des sinistres pour l'exécution des contrats d'assurance ;
- l'élaboration de statistiques et études actuarielles ;
- l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux ;
- la gestion des demandes liées à l'exercice de vos droits.

Vos données personnelles sont également traitées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Dans ce cadre et pour répondre à ses obligations légales, KLESIA Mut' et APS Prévoyance mettent en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application de sanctions financières.

Différents traitements opérés par APS Prévoyance sont basés sur l'intérêt légitime afin de vous apporter les meilleurs produits et services, de continuer à améliorer leur qualité et de mieux vous connaître pour personnaliser les contenus et les services proposés et les adapter à vos besoins. Ils correspondent à :

- la mise en place d'actions de prévention ;
- la gestion de la relation commerciale notamment par le biais d'actions telles qu'un programme de fidélisation, des enquêtes de satisfaction, des sondages, des jeux concours ou des tests produits ou services ;
- la lutte contre la fraude à l'assurance et les impayés, le cas échéant, l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par APS Prévoyance.
- la prospection commerciale pour les produits et services d'APS Prévoyance analogues ou complémentaires à ceux que vous avez souscrits.

8.2. Le traitement de vos données de santé

Le traitement de vos données de santé par KLESIA Mut' et APS Prévoyance est soumis à votre consentement. Néanmoins, votre adhésion au contrat d'assurance vaut recueil du consentement pour le traitement de vos données de santé à des fins de gestion de votre adhésion et de lutte contre la fraude. Pour tout autre service nécessitant le traitement de vos données de santé, un consentement spécifique est recueilli.

Dans tous les cas, vos données de santé sont traitées en toute confidentialité et sont exclusivement destinées aux médecins conseils des responsables de traitement et leurs services médicaux ainsi qu'aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement.

8.3. Les décisions automatisées et le profilage

Dans certains cas, les responsables de traitement pourront être amenés à mettre en œuvre des décisions automatisées ou des traitements de profilage fondés sur l'analyse de vos données. Dans chaque cas, les responsables de traitement vous informeront spécifiquement et vous permettront de contester une décision automatisée prise à votre égard.

8.4. Les destinataires de vos données personnelles

Dans le cadre des traitements, vos données peuvent être transmises à différents destinataires listés dans le tableau en annexe.

8.5. Le transfert de vos données personnelles hors de l'Union Européenne

Les responsables de traitement traitent les données personnelles en France ou en Europe. Néanmoins, si un transfert de données, vers des pays non reconnus par la Commission Européenne comme ayant un niveau de protection adéquat devait être envisagé, nous vous en informons spécifiquement en précisant les garanties mises en place permettant la protection de vos données personnelles.

8.6. Les durées de conservation de vos données personnelles

Vos données personnelles sont conservées le temps de la relation commerciale ou contractuelle et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales ou nécessaires au respect d'une obligation réglementaire. Les durées de conservation varient en fonction des finalités et sont détaillées dans le tableau en annexe.

8.7. Vos droits

Vous disposez d'un droit d'accès aux données traitées, de rectification en cas d'inexactitude, d'effacement dans certains cas, de limitation du traitement, à la portabilité de vos données.

Le droit à la portabilité permet la transmission directe à un autre responsable de traitement des données personnelles que nous traitons de manière automatisée. Ce droit ne concerne que le cas où les données personnelles sont fournies par vous-même et traitées sur la base de votre consentement ou de l'exécution d'un contrat.

Vous pouvez également vous opposer, à tout moment, à un traitement de vos données :

- pour des raisons tenant à votre situation particulière que nous vous remercions d'argumenter ;
- lorsque vos données sont traitées à des fins de prospection, sans avoir à vous justifier.

De plus, si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale dans le cadre de démarchage téléphonique, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique BLOCTEL via le site www.bloctel.gouv.fr ou par courrier à : Société Opposetel – Service Bloctel – 6 rue Nicolas Siret – 10000 TROYES. Pour plus d'informations, vous pouvez consulter le site www.bloctel.gouv.fr

Par ailleurs, vous avez la possibilité :

- de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont vous entendez que soient exercés ces droits, après votre décès ;
- de retirer votre consentement si le traitement de vos données repose uniquement sur celui-ci.

Enfin, le droit d'accès aux traitements relatifs à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la CNIL via une procédure de droit d'accès indirect. Néanmoins, le droit d'accès concernant les traitements permettant l'identification des personnes faisant l'objet d'une mesure de gel des avoirs ou d'une sanction financière s'exerce auprès de KLESIA Mut'.

8.8. L'exercice de vos droits auprès des responsables de traitement

Ces droits peuvent être exercés par vous-même en justifiant de votre identité et en précisant le droit que vous souhaitez exercer ainsi que tout élément facilitant votre identification.

Pour toute information ou exercice de vos droits relatifs aux traitements de vos données personnelles vous pouvez contacter en priorité le Délégué à la Protection des Données (DPO) d'APS Prévoyance :

APS PRÉVOYANCE,

**Délégué à la Protection des Données – BP 285 - 84 011 AVIGNON Cedex
dpo@aps-prevoyance.fr**

8.9. Réclamation auprès de la CNIL

Vous disposez également d'une possibilité d'établir une réclamation près de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 ou <http://cnil.fr>

Article 9 – Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

Dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux, pour tous les versements effectués, vous attestez que ces versements ne proviennent pas d'opérations constitutives d'une infraction à la loi. La Mutuelle se réserve le droit de vous demander tout justificatif sur l'origine des versements conformément aux articles L561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

Article 10 – Lutte contre la fraude à l'assurance

La Mutuelle peut utiliser vos données personnelles à des fins de lutte contre la fraude à l'assurance. Ce traitement peut entraîner une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Article 11 – Communication par voie électronique

Conformément aux dispositions des articles 1366 et 1367 du Code civil, les courriels et les documents électroniques échangés entre vous et la Mutuelle et/ou APS Prévoyance sont considérés comme étant équivalents à des documents écrits.

L'ensemble des parties reconnaît la valeur probante des courriels et des documents électroniques.

Cette disposition ne fait pas obstacle à la fourniture des documents originaux éventuellement nécessaires à la Mutuelle pour le paiement des prestations, ainsi qu'au respect des dispositions des articles L221-10 et L221-10-3 du Code de la Mutualité relatives aux modalités de résiliation de l'adhésion au contrat.

TITRE II – ADHESION

Article 12 – Conditions d'adhésion

Le contrat est réservé aux seuls adhérents de l'Association. Vous pouvez également faire bénéficier du contrat :

- votre conjoint, concubin ou partenaire du PACS,
- vos enfants célibataires âgés de moins de 18 ans considérés par la Sécurité sociale comme vos ayants droit, ceux de votre conjoint, partenaire de PACS ou concubin ;
- vos enfants à charge célibataires, bénéficiant de la Sécurité sociale et sous contrat d'apprentissage, sous réserve qu'ils ne bénéficient pas d'un régime frais de santé au titre de leur activité salariée ;
- vos enfants à charge célibataires âgés de moins de 26 ans, bénéficiant de la Sécurité sociale en tant que demandeurs d'emploi inscrits à Pôle Emploi et non indemnisés par le régime d'assurance chômage ;
- vos enfants à charge célibataires, âgés de moins de 29 ans, bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale français et s'ils justifient de la poursuite de leurs études ;
- vos enfants à charge, ceux de votre conjoint, partenaire de PACS ou concubin, âgés de moins de 26 ans, bénéficiant de la Sécurité sociale en tant que bénéficiaire d'un parcours emploi compétences ;
- vos ascendants ou collatéraux en raison d'une situation de dépendance ou de handicap quel que soit leur âge.

Article 13 – Modalités d’adhésion

Vous adhérez au contrat sans aucune formalité médicale.
Il vous suffit :

- de compléter une demande d’adhésion individuelle auprès d’APS Prévoyance en précisant les personnes à affilier ainsi que la garantie choisie qui s’applique à toutes les personnes bénéficiaires ainsi que, le cas échéant, le mandat de résiliation du précédent contrat,
- de joindre à votre demande :
 - une photocopie de l’attestation des droits de Sécurité sociale de chacun des bénéficiaires,
 - les pièces nécessaires au paiement de vos cotisations et au paiement de vos prestations (Relevé d’Identité Bancaire, mandat de prélèvement SEPA…),
 - pour la couverture du partenaire de PACS : un extrait d’acte de naissance sur lequel figure la mention du PACS,
 - pour la couverture du concubin : justificatif de domicile commun (décompte de Sécurité sociale, titre de propriété, avis d’imposition, quittance de loyer, assurance du logement, factures de gaz, électricité, téléphone,...),
 - pour la couverture des enfants, de plus de 18 ans et, selon le cas :
 - un certificat de scolarité délivré par l’établissement d’enseignement indiquant les dates de début et de fin d’études ;
 - une copie du contrat de travail ou d’apprentissage ;
 - une copie de la carte d’invalidité civil ou de la carte mobilité inclusion ;
 - un justificatif d’inscription à Pôle Emploi,
 - pour la couverture des ascendants et collatéraux, un justificatif de la situation de dépendance ou de handicap,
 - une photocopie de votre carte d’identité ;

A la date d’effet de l’adhésion, vous devenez membre participant de la Mutuelle.

Article 14 – Renonciation

Vous pouvez renoncer à votre adhésion dans un délai de 14 jours calendaires révolus, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.
Ce délai commence à courir :

- Soit à compter du jour où vous êtes informé que l’adhésion a pris effet soit à compter du jour où vous recevez les conditions d’adhésion et les informations conformément à l’article L. 222-6 du code de la consommation si cette dernière date est postérieure à la date à laquelle vous avez été informée que l’adhésion a pris effet en cas de vente à distance ;
- A compter du jour de la signature du bulletin d’adhésion en cas de démarchage à domicile.

Pour exercer ce droit, vous devez adresser une lettre recommandée avec avis de réception à la Mutuelle dans les termes suivants :
« Je soussigné(e), (NOM, Prénom), déclare renoncer à mon adhésion au contrat SENIOR EN ETABLISSEMENT et demande le remboursement des cotisations versées.
Le (date) (signature) »

La renonciation entraîne la restitution de l’intégralité des cotisations par la Mutuelle dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée. En cas de versement de prestations entre la date d’adhésion et la renonciation, vous vous engagez à rembourser ces sommes à la Mutuelle.

Article 15 – Date d’effet et durée de l’adhésion

La date d’effet de votre adhésion figure sur votre certificat d’adhésion.

L’adhésion prend fin au 31 décembre et se renouvelle au 1er janvier de chaque année par tacite reconduction.
Vous pouvez demander le remboursement de vos frais de santé engagés à partir de cette date, sous réserve du paiement des cotisations et sauf fausse déclaration.
L’affiliation de vos ayants droit est subordonnée à votre adhésion.
Vous êtes garanti aussi longtemps que vous payez vos cotisations et vous seul pouvez résilier votre adhésion, sauf résiliation du contrat collectif par l’Association dans les conditions définies ci-après

Article 16 – Obligations de l’adhérent

Changement dans la situation des bénéficiaires

Vous devez informer la Mutuelle de tout changement vous concernant ou concernant les bénéficiaires dans les 3 mois suivant ce changement.
Il en est ainsi notamment en cas de changement :

- de nom,
- de situation matrimoniale,
- de situation familiale,
- de régime d’assurance maladie obligatoire,
- d’adresse (par défaut les lettres adressées au dernier domicile connu produiront tous leurs effets),

Ces modifications sont prises en compte au jour de la réception de la demande ou à une date que vous choisirez dès lors que celle-ci est compatible avec les dispositions du contrat et sous réserve de l’acceptation expresse de la Mutuelle via APS Prévoyance.

Ajout d’un bénéficiaire

Vous avez la possibilité d’ajouter un bénéficiaire si ce dernier répond à la définition de l’ayant droit figurant dans l’article 12. La modification est prise en compte le jour de la réception de la demande ou à une date ultérieure que vous choisirez sous réserve de l’acceptation expresse de la Mutuelle via APS Prévoyance. Néanmoins, si cet ajout fait suite à un mariage, à la naissance ou l’adoption d’un enfant, la modification prendra effet au jour de l’événement à condition qu’elle soit compatible avec l’article 12 et sous réserve que la demande soit faite moins de 3 mois après cette date ; passé ce délai, elle prendra effet le jour de réception de la demande par la Mutuelle.

Radiation d’un ayant droit

La modification est prise en compte le jour de la réception de la demande ou à une date ultérieure que vous choisirez à condition d’être compatible avec les dispositions de l’article 12 et sous réserve de l’acceptation expresse de la Mutuelle via APS Prévoyance et de la restitution de l’attestation de tiers-payant en cours de validité.

Article 17 – Résiliation de l’adhésion

La résiliation de l’adhésion intervient :

À votre initiative

- Vous pouvez résilier votre adhésion par l’un des moyens suivants :
- Lettre ou tout autre support durable
 - Déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle
 - Acte extrajudiciaire
 - Communication à distance lorsque l’organisme le propose pour la souscription.
- Cette résiliation peut intervenir :
- À l’échéance du contrat, au moins 2 mois avant l’échéance ;

- Après expiration d’un délai d’un an à compter de la première souscription, à tout moment;
La Mutuelle doit accuser réception par écrit de la résiliation de l’adhésion en vous précisant sa date d’effet. Celle-ci sera effective un mois après réception par la Mutuelle de votre notification.
- En cas de modification de cotisations et/ou de prestations, dans le délai d’un mois suivant la notification des modifications. La résiliation prendra alors effet à la date d’entrée en vigueur des modifications.

A l’initiative de la Mutuelle

En cas de non-paiement des cotisations, la Mutuelle peut résilier votre adhésion 40 jours après l’envoi d’une lettre recommandée restée sans effet, conformément aux dispositions de l’article 20.

Article 18 – Résiliation du contrat collectif

Le contrat conclu entre l’Association et la Mutuelle se renouvelle par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année.
L’Association peut résilier le contrat par lettre ou tout autre support durable, déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle, acte extrajudiciaire ou communication à distance lorsque l’organisme le propose pour la souscription. La résiliation doit être notifiée à la Mutuelle au moins 2 mois avant l’échéance, fixée au 31 décembre. Après expiration d’un délai d’un an à compter de la première souscription, la résiliation peut intervenir à tout moment.
La Mutuelle peut résilier le contrat au 31 décembre de chaque année, par lettre recommandée avec avis de réception, sous réserve de respecter un délai de préavis de 2 mois.

TITRE III – COTISATIONS

Article 19 – Montant des cotisations

Le montant de votre cotisation figure sur votre certificat d’adhésion.
Les cotisations sont fixées, pour chaque exercice civil, en fonction de l’âge atteint par chaque bénéficiaire du contrat calculé par différence de millésimes.

Article 20 – Paiement des cotisations

Les cotisations sont payées :

- entre le 10 et le 15 (selon les jours ouvrables) de chaque mois pour un paiement mensuel;
- entre le 10 et le 15 (selon les jours ouvrables) du premier mois du trimestre ou du semestre pour un paiement trimestriel ou semestriel.

Le paiement s’effectue par chèque bancaire, virement bancaire ou prélèvement sur votre compte bancaire.
Le paiement doit être effectué dans les trente jours suivant cette date. En cas de non-paiement des cotisations, APS Prévoyance pourra engager toutes les procédures nécessaires pour obtenir le paiement des cotisations dues.

En cas de non-paiement de votre cotisation dans les 10 jours suivant son échéance, la Mutuelle vous adresse une mise en demeure. A défaut de paiement dans les 30 jours suivant la mise en demeure, les garanties sont suspendues. Votre adhésion peut être résiliée dans les 10 jours suivant la suspension des garanties. Vous êtes informé des conséquences du non-paiement des cotisations lors de la mise en demeure.
Cette résiliation ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations que vous aurez versées antérieurement.
Par ailleurs, la résiliation ne vous libère pas du paiement des cotisations dues et la Mutuelle se réserve la faculté de procéder à leur recouvrement par toute voie de droit.

Article 21 – Révision des cotisations

Les cotisations sont réexaminées par la Mutuelle en fin d’année et peuvent être modifiées en fonction de l’équilibre du contrat.
La Mutuelle peut également réviser les cotisations en cours d’année en cas de modifications législatives ou réglementaires ayant une incidence sur le contrat.
L’évolution des cotisations doit vous être notifiée avant son entrée en vigueur. A cet effet, un échéancier vous sera adressé. En cas de refus des nouvelles cotisations, vous pouvez résilier votre adhésion au contrat dans le délai d’un mois à compter de la remise de l’échéancier selon les modalités prévues à l’article 17.
Cette résiliation prendra effet à la date d’entrée en vigueur des nouvelles cotisations.
À défaut, vous êtes réputé avoir accepté la révision des cotisations.

TITRE IV – PRESTATIONS

Article 22 – Définition des prestations

La Mutuelle complète les prestations en nature versées par la Sécurité sociale française en remboursement des frais de santé que vous avez engagés, selon les garanties souscrites définies dans le tableau des prestations et dans la limite des frais réellement engagés :

Soins courants :	Dentaire
• Honoraires médicaux • Honoraires paramédicaux • Actes d’imagerie • Analyses et examens de laboratoire • Médicaments • Matériel médical	• Soins • Soins et prothèses 100% santé • Autres prothèses • Orthodontie
Hospitalisation	Optique
• Honoraires • Forfait journalier hospitalier • Frais de séjour	• Equipement 100% santé • Equipement prix libres • Lentilles
Divers	Aides auditives
• Transport	• Equipement 100% santé • Equipement prix libres

Concernant les prestations ci-dessous, il est fait application de dispositions spécifiques :

Soins courants

Le montant des prestations est minoré et plafonné lorsque le médecin consulté n’est pas adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.
La garantie prévoit la prise en charge du ticket modérateur des honoraires de dispensation.

Hospitalisation

Les garanties s’appliquent aux hospitalisations ayant pour but un traitement médical ou chirurgical ou en maternité.
Le forfait hospitalier est pris en charge, à l’exception de celui facturé par les établissements sociaux et médico-sociaux, sans limitation de durée.
La participation forfaitaire sur les « actes lourds » est intégralement remboursée.

Optique

Il existe deux classes de verres et de montures : classe A (équipement 100% santé tel que défini réglementairement, avec un reste à charge nul) et classe B (équipement avec des prix libres). Avant toute délivrance, l'opticien doit établir un devis mentionnant au moins un équipement sans reste à charge (composé d'une monture classe A et de deux verres classe A).

Equipement 100% santé tel que défini réglementairement (classe A)
La garantie prévoit le remboursement intégral du ticket modérateur et des frais exposés au-delà du tarif de responsabilité, dans la limite des prix limites de vente. Avec le remboursement de la Sécurité sociale, elle permet la prise en charge intégrale de l'équipement, sans reste à charge pour vous.

- Cette prise en charge concerne :
- les verres et la monture
 - la prestation d'appairage (pour les verres aux indices de réfraction différents)
 - le supplément applicable pour les verres avec filtres.

Equipement optique prix libres (classe B)
La garantie prévoit le remboursement d'un équipement complet (verres et monture), sous forme d'un forfait qui respecte les plannings et plafonds de remboursement prévus par la réglementation selon le type de verres et qui inclut le remboursement de la Sécurité sociale.

Equipement mixte classes A et B
Le ticket modérateur et les frais exposés au-delà du tarif de responsabilité des éléments de l'équipement de classe A sont pris en charge intégralement dans la limite des PLV. Les éléments de l'équipement de classe B sont pris en charge selon la garantie prévue pour l'équipement de classe B, sous déduction de la prise en charge des éléments de la classe A.

Prise en charge dérogatoire de deux équipements
Si vous présentez un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin avec une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, ou si vous avez une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique, la garantie peut prendre en charge deux équipements de correction différente uniquement si l'ophtalmologiste mentionne ces cas particuliers sur l'ordonnance.

Prestation d'adaptation
Cette garantie prévoit le remboursement d'une prestation qui correspond à l'adaptation de la prescription médicale de verre correcteur, après réalisation d'un examen de réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien d'une ordonnance pour des verres de classe A ou B.

Périodicité de prise en charge
Les garanties (classes A et B) sont applicables aux frais engendrés pour l'acquisition d'un équipement optique comportant une monture et deux verres, par période :

- de deux ans, pour les plus de 16 ans,
- d'un an, pour les moins de 16 ans,
- de 6 mois pour les enfants de moins de 6 ans uniquement dans le cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Cette périodicité s'apprécie à la date de facturation de l'équipement. Elle ne s'applique pas aux cas de renouvellement anticipé prévus par la réglementation.
Ces dispositions s'appliquent depuis le 1er janvier 2020, en tenant compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées au titre des périodes susmentionnées.

Conditions de renouvellement anticipé
Un renouvellement anticipé de l'équipement est possible dans les cas de dégradation des performances oculaires strictement définis par la Liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance Maladie (LPP), justifiés par une nouvelle prescription médicale (ou par une adaptation de la prescription initiale par l'opticien, uniquement pour les plus de 16 ans) :

- pour les plus de 16 ans, au terme d'une période minimale d'un an
- pour les moins de 16 ans, sans délai, uniquement pour les verres.

Un renouvellement anticipé des verres est possible en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies à la LPP (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique ou une pathologie générale) sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique mentionnant ces cas particuliers, sans délai.

Dentaire

Les prothèses dentaires sont réparties dans 3 paniers de soins : un panier à reste à charge nul (soins et prothèses 100% santé tels que définis réglementairement), un panier à reste à charge maîtrisé via des honoraires plafonnés qui entrent en vigueur progressivement jusqu'en 2023 et un panier à honoraires libres.
Avant tout traitement, le chirurgien-dentiste doit vous remettre un devis écrit mentionnant une description détaillée du traitement et des matériaux utilisés, le montant des honoraires relatifs au traitement proposé que le traitement soit remboursable ou non et le montant de la base de remboursement de l'Assurance Maladie.

Soins et prothèses du panier 100% santé
La garantie prévoit le remboursement intégral du ticket modérateur et des dépassements d'honoraires des actes prothétiques, dans la limite des honoraires limites de facturation. Avec le remboursement de la Sécurité sociale, elle permet la prise en charge intégrale des soins et prothèses, sans reste à charge pour vous.

Actes prothétiques du panier à honoraires maîtrisés
La garantie est exprimée dans la limite des honoraires limites de facturation prévus par la réglementation.

Actes prothétiques du panier à honoraires libres
Les prothèses qui n'entrent pas dans le panier 100% santé ou dans le panier à honoraires maîtrisés sont remboursées à hauteur de la garantie prévue au tableau des prestations. Les honoraires limites de facturation des actes du panier 100% santé et du panier à honoraires maîtrisés entrent en vigueur progressivement. Dans l'attente de leur mise en œuvre, la prise en charge des actes se fait à hauteur de la garantie des actes prothétiques du panier à honoraires libres.

SYNTHESE DES PANIERS DE SOINS DENTAIRES		
PANIER 100% SANTE	PANIER HONORAIRES MAITRISES	PANIER HONORAIRES LIBRES
• Couronne métallique • Couronne céramique-monolithique (hors zircone) sur incisive, canine et 1ère prémolaire • Couronne céramique-monolithique (zircone) hors molaire • Couronne céramo-métallique incisive, canine et 1ère prémolaire	• Couronne céramique-monolithique (hors zircone) sur 2ème prémolaire et molaire • Couronne céramique-monolithique (zircone) sur molaire • Couronne céramo-métallique sur 2ème prémolaire	• Couronne céramo-céramique • Couronne céramo-métallique sur molaire • Couronne implanto-portée
• Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie	• Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie • Inlay-onlay métallique	• Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie • Inlay-onlay céramique
• Bridge céramo-métallique sur incisive • Bridge métallique pour toute dent	• Bridge céramo-métallique sur une dent autre qu'une incisive • Bridge avec un ou plusieurs éléments métallique(s) et d'autre(s) céramo-métallique(s)	• Bridge céramo-céramique
• Prothèse amovible à plaque base résine	• Prothèse amovible sur châssis métallique	• Prothèse amovible supra-implantaire
• Réparations	• Réparations	• Adjonctions
		• Implants

Orthodontie
Le remboursement est limité à six semestres plus deux ans de contention.

Aides auditives
Les aides auditives sont classées en deux groupes, classe I et classe II, selon leurs caractéristiques techniques (en fonction de la présence et du nombre d'options). Les aides auditives de la classe I correspondent à l'équipement 100% santé et seront sans reste à charge à compter de 2021 ; celles de la classe II sont à prix libres.
Avant toute délivrance, l'audioprothésiste doit établir un devis mentionnant au moins un équipement sans reste à charge (classe I). Ce devis doit faire apparaître de façon distincte le prix de l'appareil électronique correcteur de surdité proposé ainsi que la nature et le prix des prestations d'adaptation indissociables de l'appareil, nécessaires à son adaptation initiale et à son suivi périodique.

Equipement 100% santé (classe I)
En 2020, la garantie applicable est celle de la classe II dans la limite des PLV de la Classe I.
A compter du 1^{er} janvier 2021, la garantie prévoit le remboursement intégral du ticket modérateur et des frais exposés au-delà du tarif de responsabilité, dans la limite des prix limites de vente. Avec le remboursement de la Sécurité sociale, elle permet la prise en charge intégrale de l'équipement, sans reste à charge pour vous.

Aides auditives à prix libres (classe II)
En 2020, la garantie est celle prévue au tableau des prestations.
A compter du 1^{er} janvier 2021, la garantie respecte le plafond de prise en charge prévue par la réglementation (1700 euros par appareil y compris le remboursement de la Sécurité sociale). Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles et des accessoires.

Piles et accessoires
Les piles et autres accessoires prescrits sont pris en charge à hauteur du ticket modérateur sur présentation des justificatifs de dépenses.

Périodicité de prise en charge
Les garanties (classes I et II) sont applicables aux frais engendrés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille par période de 4 ans. Cette périodicité s'apprécie à la date de facturation de l'équipement.
Ces dispositions s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2021 et tiennent compte des quatre années antérieures.

Frais engagés à l'étranger
Les frais engagés à l'étranger sont remboursés s'ils ont été pris en charge par la Sécurité sociale, dans les limites fixées au tableau des prestations.
Les actes hors nomenclature, non remboursés par la Sécurité sociale française, réalisés à l'étranger, ne sont jamais remboursés.

Assistance
En complément des garanties frais de santé souscrites auprès de la Mutuelle, vous bénéficiez de garanties d'assistance et de services. La notice relative à l'assistance est jointe à la présente notice. Des documents définissant les services et leurs modalités de mise en œuvre sont mis à votre disposition par APS Prévoyance.

Article 23 – Montant des prestations
Le montant des prestations pour chaque acte est défini en annexe.
Les prestations versées par la Mutuelle sont calculées sous déduction des prises en charge de la Sécurité sociale et, le cas échéant, de celles d'un autre organisme assureur, dans la limite des frais réels engagés.

Article 24 – Paiement des prestations
Les prestations ne peuvent être versées qu'à vous-même. Après réception complète des pièces justificatives mentionnées ci-après, les prestations sont versées dans les quinze jours ouvrés.
Sur votre demande expresse, votre conjoint, concubin ou partenaire de PACS bénéficiaire peut percevoir directement les prestations pour lui-même et/ou les enfants dont il a la garde. Conformément à l'article L114-2 du Code de la Mutualité, le mineur bénéficiaire de plus de 16 ans recevra directement les prestations en fonction du RIB qu'il aura fourni ou sur votre compte bancaire.

Télétransmission NOEMIE

Pour simplifier les démarches administratives et accélérer le processus de remboursement, vous bénéficiez des technologies de télétransmission NOEMIE en vigueur entre les centres de Sécurité sociale et les organismes complémentaires.

La Sécurité sociale transmet directement à APS Prévoyance les données nécessaires au paiement des prestations.

APS Prévoyance procède alors au virement des sommes dues sur le compte bancaire (en France) que vous avez désigné et vous adresse un récapitulatif périodique des remboursements.

A défaut de télétransmission, vous devrez transmettre à APS Prévoyance les décomptes originaux reçus de la Sécurité sociale.

Dans tous les cas, vous devrez justifier des dépenses réelles engagées pour les frais dentaires, optiques, orthopédiques, acoustiques et cures thermale par une facture détaillée acquittée et, le cas échéant, les notifications de refus de prise en charge de la Sécurité sociale.

Dans le cas où vous êtes sous mesure de protection juridique, les copies des pièces justificatives réclamées en original, certifiées conformes aux originaux par le mandataire, sont acceptées.

Tiers-payant

Vous êtes dispensé de l'avance des frais de santé pris en charge par la Sécurité sociale sur présentation de votre attestation de tiers-payant chez les professionnels de la santé qui le pratiquent notamment les pharmacies, laboratoires d'analyses médicales et centres de radiologie ayant signé la convention nationale SP Santé.

Bon de prise en charge

En cas d'hospitalisation, et sur demande en optique, APS Prévoyance peut délivrer une prise en charge. Dans ce cas, APS Prévoyance règle directement au professionnel de santé les frais restant à votre charge et correspondant au bon de prise en charge. Pour bénéficier d'une prise en charge, vous devez faire une demande préalable à APS Prévoyance.

Etude de devis

Pour les demandes en dentaire et de prothèses auditives, suite à l'envoi d'un devis, APS Prévoyance pourra sur demande vous adresser un courrier simulant le remboursement complémentaire.

Pièces à fournir

Dans tous les cas, vous devrez justifier des dépenses réelles engagées pour les frais dentaires, optiques et les dépassements d'honoraires.

Pour obtenir le règlement de ses prestations, vous devez transmettre à APS Prévoyance les pièces mentionnées dans le tableau en annexe.

Article 25 – Modification des prestations

La Mutuelle peut modifier les prestations en cas de modifications législatives ou réglementaires.

Ces modifications doivent vous être notifiées avant leur entrée en vigueur.

Vous pouvez refuser ces modifications et résilier votre adhésion au contrat dans un délai d'un mois à compter de la notification selon les modalités prévues à l'article 17. La résiliation prendra effet à la date d'entrée en vigueur des nouvelles garanties.

Article 26 – Subrogation

La Mutuelle est subrogée à vous-même ou à vos ayants droit victime d'un accident dans leur action contre le tiers responsable pour le sinistre pris en charge, dans la limite des prestations versées.

Article 27 – Contrôle médical

La Mutuelle se réserve le droit de vous faire examiner par un médecin qu'elle mandate à cet effet afin de pouvoir constater la nécessité et la réalité des soins. En conséquence, la Mutuelle peut procéder, indépendamment de votre prise en charge par la Sécurité sociale obligatoire ou de tout autre organisme, à la suspension voire la suppression des prestations dès l'initiation du contrôle médical.

Si vous contestez les conclusions du médecin mandaté par la Mutuelle relatives à votre état de santé, vous pouvez vous faire assister de votre médecin traitant lors d'un entretien amiable avec le médecin conseil.

À défaut d'accord entre les deux médecins sur la nécessité ou la réalité des soins, les parties désignent d'un commun accord un médecin tiers, dans un délai d'un mois.

En cas de désaccord sur la désignation de ce médecin tiers, la partie la plus diligente dépose une requête auprès du Président du Tribunal Judiciaire du ressort de la Mutuelle. L'avis de ce médecin tiers s'impose aux parties.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin et les honoraires du médecin tiers sont répartis à parts égales entre les parties.

Article 28 – Evénements exclus

Sous réserve du niveau de garanties choisi, les frais qui ne sont pas pris en charge par la Mutuelle sont les suivants :

- les frais n'ouvrant pas droit aux prestations en nature de la part du régime de base de l'assurance maladie ou maternité, sauf mention particulière dans le tableau des prestations ;
- les frais ne figurant pas à la nomenclature des actes professionnels Sécurité sociale (NGAP) ou à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), sauf mention particulière dans le tableau des prestations ;
- les séjours de repos à la campagne, à la mer ou à la montagne ;
- les frais engagés pour un séjour dans un des établissements suivants : établissements, services et maisons de plein-air, de retraite, établissements et services de gériatrie (pour les longs séjours), les centres hospitaliers pour personnes âgées dépendantes, les établissements sanitaires spécialisés pour les post cures psychiatriques ainsi que les instituts médicaux-psychologiques ;
- la prise en charge de frais liés aux appartements thérapeutiques, maisons d'accueil spécialisées ou familles d'accueil ;
- la prise en charge des chambres particulières en hospitalisation psychiatrique ;
- les traitements ayant un but esthétique ou de rajeunissement, sauf ceux consécutifs à un accident et pris en charge par la Sécurité sociale.

ANNEXE 1 – DOCUMENTS NECESSAIRES AU REGLEMENT DES PRESTATIONS

Les documents justificatifs à fournir pour le paiement des prestations sont ceux prévus dans le tableau ci-dessous. Vous devez également transmettre, le cas échéant, les décomptes établis par tout autre organisme d'assurance complémentaire santé. Toutefois, la Mutuelle peut vous demander d'autres pièces justificatives destinées à compléter le dossier.

NATURE DES FRAIS	PIECES JUSTIFICATIVES
Médecine courante • Consultation généraliste • Consultation ou acte de spécialiste • Analyses et examens de laboratoire • Auxiliaire médical	• Les décomptes transmis par la Sécurité sociale par le système NOEMIE, ou les décomptes originaux de la sécurité sociale • Les factures originales acquittées mentionnant les frais engagés au titre des dépassements d'honoraires
Hospitalisation	• Avis de sommes pour le trésor public • Attestation de paiement • Originaux des factures acquittées établies par l'établissement hospitalier, mentionnant les frais engagés, la participation de la Sécurité sociale ainsi que, le cas échéant, la codification de l'acte opératoire • Le reçu du ticket modérateur indiquant la nature des soins
Prothèses dentaires	• Le devis préalable avec la codification des actes proposés, les actes acceptés et éventuellement refusés par la Sécurité sociale • Original de la facture détaillée acquittée précisant la codification des travaux effectués • Décompte original de la Sécurité sociale
Orthodontie	• Facture détaillée précisant le semestre de traitement concerné ainsi que les dates de début et fin de semestre. • Notification éventuelle de refus de prise en charge par la sécurité sociale et de la mutuelle précédente ou suivante en cas de période en cours
Optique	• Facture détaillée de l'opticien mentionnant les frais réellement engagés pour les verres et les montures (facturés distinctement), et prescription médicale datant de moins de : - 1 an pour les patients âgés de moins de 16 ans - 5 ans pour les patients âgés de 16 à 42 ans - 3 ans pour les patients âgés de plus de 42 ans. • Facture détaillée de l'opticien mentionnant les frais réellement engagés pour les lentilles de contact correctrices, et prescription médicale datant de moins de : - 1 an, pour les patients âgés de moins de 16 ans - 3 ans, pour les patients âgés de 16 ans et plus. • En cas de renouvellement des verres correcteurs par l'opticien et sauf opposition du médecin prescripteur : - Prescription médicale initiale - Prescription médicale initiale mentionnant la correction réalisée par l'opticien lors du renouvellement.
Pédicure, podologue (<i>seules les séances auprès de professionnels diplômés dans la spécialité peuvent être remboursées</i>)	• Facture détaillée et acquittée mentionnant l'acte et les frais engagés et faisant apparaître la qualification du praticien
Canne blanche	• Facture originale détaillée et acquittée

ANNEXE 2 – GRILLE OPTIQUE

A	<u>Deux verres unifocaux (verres simples)</u> • Equipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ; • Equipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; • Equipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries
B	Equipement comportant un verre A (verre simple) et un verre C (verre complexe)
C	<u>Verre unifocal (verre complexe)</u> • Equipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ; • Equipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; • Equipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; • Equipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries <u>ou verre multifocal ou progressif (verre complexe)</u> • Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ; • Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; • Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries
D	Equipement comportant un verre A (verre simple) et un verre F (verre très complexe)
E	Equipement comportant un verre C (verre complexe) et un verre F (verre très complexe)
F	<u>Deux verres multifocaux ou progressifs (verres très complexes)</u> • Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ; • Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; • Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; • Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

ANNEXE 3 – PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

BASE LEGALE DU TRAITEMENT	FINALITES	DUREES DE CONSERVATION	DESTINATAIRES
Exécution d'un contrat d'assurance	• L'étude de vos besoins spécifiques nécessaire à la passation des contrats d'assurance afin de vous proposer des contrats adaptés ; • la tarification, l'émission des documents pré contractuels, contractuels et comptables, l'encaissement des primes ou cotisations et leur répartition éventuelle entre les coassureurs et les réassureurs, le commissionnement, la surveillance des risques, et les autres opérations techniques nécessaires à la gestion des contrats d'assurance ; • La gestion des prestations et la gestion des sinistres pour l'exécution des contrats d'assurance ; • L'élaboration de statistiques et études actuarielles ; • L'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux ; • La gestion des demandes liées à l'exercice de vos droits.	Contrats d'assurance santé : • 5 ans à compter de la fin du contrat	• les personnels chargés de la passation, la gestion et l'exécution des contrats, • les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les partenaires, • les prestataires, • les sous-traitants, ou les entités du Groupe KLESIA dans le cadre de l'exercice de leurs missions, • les organismes d'assurance des personnes impliquées ou offrant des prestations complémentaires, • les coassureurs et réassureurs ainsi que les organismes professionnels et les fonds de garanties, • les personnes intervenant au contrat tels que les avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs et professionnels de santé, médecins-conseils et le personnel habilité, • les organismes sociaux lorsque les régimes sociaux interviennent dans le règlement des sinistres ou lorsque les organismes d'assurances offrent des garanties complémentaires à celles des régimes sociaux, • les souscripteurs, les assurés, vous-même et les bénéficiaires des contrats et s'il y a lieu, leurs ayants droit et représentants, • s'il y a lieu les bénéficiaires d'une cession ou d'une subrogation des droits relatifs au contrat, • s'il y a lieu le responsable, les victimes et leurs mandataires ; les témoins, les tiers intéressés à l'exécution du contrat, • s'il y a lieu les juridictions concernées, les arbitres, les médiateurs, • les ministères concernés, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir, • les services chargés du contrôle tels que les commissaires aux comptes et les auditeurs ainsi que les services chargés du contrôle interne.
Obligation légale, réglementaire et administrative	Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme	Sous réserve de dispositions plus contraignantes (par exemple droit de communication de l'administration fiscale) : • 5 ans à compter de la clôture du compte ou de la cessation de la relation pour les données et documents relatifs à l'identité des clients.	• les personnes en relation avec la clientèle et les gestionnaires de contrat et de sinistre pour les clients dont ils ont la charge, • les personnes habilitées à prendre la décision de rouler ou de maintenir une relation d'affaires avec une Personne Politiquement Exposée, • les personnels habilités du (ou des) service(s) chargé(s) de la lutte contre le blanchiment • la cellule de renseignement financier Tracfin du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, la Direction générale du Trésor, • les autorités de contrôle compétentes • les autorités de contrôle compétentes d'autres états habilitées
	La mise en place d'actions de prévention	Le temps strictement nécessaire à la réalisation des actions	• les personnels habilités du Groupe KLESIA • les sous-traitants, ou les entités du Groupe KLESIA dans le cadre de l'exercice de leurs missions
	La gestion de notre relation commerciale	Pour les clients : • 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale Pour les prospects (en l'absence de relation contractuelle) : • 3 ans à compter de la collecte des données ou du dernier contact émanant du prospect	• les personnes chargées du service marketing, du service commercial, des services chargés de traiter la relation client, les réclamations, et la prospection, des services administratifs, des services logistiques et informatiques ainsi que leurs responsables hiérarchiques • les services chargés du contrôle : • les sous-traitants et les partenaires • les auxiliaires de justices, les officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, les médiateurs.
Intérêt légitime du responsable de traitement	La lutte contre la fraude à l'assurance et, le cas échéant, l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités du Groupe KLESIA	• 6 mois à compter de l'émission de l'alerte OU • 5 ans à compter de la clôture du dossier Fraude OU • 2 ans à compter du terme de la procédure judiciaire Concernant l'inscription sur liste de personnes présentant un risque fraude : • 5 ans à compter de l'inscription	• les personnels en relation avec la clientèle et les gestionnaires de contrats et de sinistres ; • les autres entités du Groupe KLESIA dès lors qu'elles sont concernées par la fraude ou interviennent dans la gestion des dossiers ou de maîtrise du risque de fraude ; • les personnels habilités en charge de la lutte contre la fraude, de la lutte anti-blanchiment et du contrôle interne ; • les inspecteurs, enquêteurs, experts, et auditeurs ; • le personnel habilité de la direction générale, la direction juridique ou du service du contentieux pour la gestion des contentieux; • le personnel habilité des sous-traitants, • les autres organismes d'assurance ou intermédiaires intervenant dans le cadre de dossier présentant une fraude, • les organismes sociaux lorsque les régimes sociaux interviennent dans le règlement des sinistres ou lorsque les organismes d'assurances offrent des garanties complémentaires à celles des régimes sociaux ; • les organismes professionnels intervenant dans le cadre de dossiers présentant une fraude ; • les auxiliaires de justice et officiers ministériels ; • l'autorité judiciaire, médiateur, arbitre saisis d'un litige ; • les organismes tiers autorisés par une disposition légale à obtenir la communication de données à caractère personnel relatives à des précontentieux, contentieux ou condamnations ; • l'autorité judiciaire, médiateur, arbitre saisis d'un litige ; • les organismes tiers autorisés par une disposition légale à obtenir la communication de données à caractère personnel relatives à des précontentieux, contentieux ou condamnations ; • s'il y a lieu les victimes de fraudes ou leurs représentants.
	La prospection commerciale pour les produits et services du Groupe KLESIA analogues ou complémentaires à ceux que vous avez souscrits	Pour les clients : • 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale Pour les prospects (en l'absence de relation contractuelle) : • 3 ans à compter de la collecte des données ou du dernier contact émanant du prospect	• les personnes habilitées des services marketing et commercial, des services chargés de traiter la relation client, les réclamations, et la prospection, des services administratifs, des services logistiques et informatiques ainsi que leurs responsables hiérarchiques • les services chargés du contrôle • les sous-traitants, les partenaires, les sociétés extérieures • les entités du Groupe KLESIA • les auxiliaires de justices, les officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, les arbitres, les médiateurs
Consentement	La prospection commerciale	Suppression à tout moment en cas de retrait de votre consentement En l'absence du retrait du consentement : - Pour les clients : • 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale - Pour les prospects : • 3 ans à compter de la collecte des données ou du dernier contact émanant du prospect	• les personnes habilitées des services marketing et commercial, des services chargés de traiter la relation client, les réclamations, et la prospection, des services administratifs, des services logistiques et informatiques ainsi que leurs responsables hiérarchiques • les services chargés du contrôle • les sous-traitants, les partenaires, les sociétés extérieures • les entités du Groupe KLESIA • les auxiliaires de justices, les officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, les médiateurs

NOTICE D'INFORMATION APS ASSISTANCE

Préambule : La présente Notice d'information constitue les Conditions Générales du contrat collectif d'assistance « APS Assistance » n° FH7, souscrit par KLESIA Mut' auprès d'EUROP ASSISTANCE, Entreprise régie par le code des assurances Société Anonyme au capital de 35 402 785 euros, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Nanterre sous le numéro 451 366 405, sise 11-17 Avenue François Mitterrand - 93210 Saint Denis.

Elle détermine les prestations qui seront garanties et fournies par EUROP ASSISTANCE aux Bénéficiaires tels que décrits ci-après.

1/ GENERALITES

1.1/ Objet

La présente Notice d'information a pour objet de préciser les droits et obligations réciproques d'EUROP ASSISTANCE et des Bénéficiaires définis ci-après.

1.2/ Définitions

1.2.1/ APS Assistance

Désigne EUROP ASSISTANCE, Société Anonyme au capital de 35 402 785 euros, Entreprise régie par le Code des Assurances, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Nanterre sous le numéro 451 366 405, sise 11-17 Avenue François Mitterrand - 93210 Saint Denis.

Dans la présente Notice d'information, APS Assistance est remplacée par le terme « Nous ».

1.2.2/ Adhérent

Désigne toute personne physique, ayant son Domicile en France, adhérent à l'Association APS, bénéficiant dans ce cadre d'un Contrat d'assurance santé garanti par KLESIA Mut', (ci-après désigné « le Contrat frais de santé »).

1.2.3/ Bénéficiaire

Désigne l'Adhérent ainsi que les personnes suivantes :

- son conjoint, son pacsé ou concubin notoire, vivant sous le même toit,
- leur(s) enfant(s) célibataire(s) âgé(s) de moins de 25 ans à charge au sens fiscal, et vivant sous le même toit, les enfants handicapés âgés de plus de 25 ans,
- les enfants adoptés, répondant aux conditions susvisées au tiret précédent, à compter de la date de transcription du jugement d'adoption sur les registres de l'état civil français, au cours des 12 mois de validité du contrat et cela jusqu'à la prochaine échéance du contrat en cours,
- le cas échéant : leur(s) enfant(s) qui viendrai(en)t à naître au cours des 12 mois de validité du contrat et cela jusqu'à la prochaine échéance du contrat en cours.
- leurs ascendants vivant sous le même toit, à charge de l'Adhérent au sens fiscal.

Dans la présente Notice d'information, les Bénéficiaires sont désignés par le terme « Vous ».

1.2.4/ Déchéance :

Sanction consistant à priver le Bénéficiaire, dans la limite de l'article L.113-2 du Code des assurances, du bénéfice des prestations prévues au sens des dispositions de la présente Notice d'information, en cas de non-respect de l'une de ses obligations ayant causé un préjudice à EUROP ASSISTANCE.

1.2.5/ Département d'Outre-mer

Désigne la Guyane, ou la Guadeloupe, ou la Réunion, ou la Martinique, ou de Mayotte.

1.2.6/ Domicile

Par Domicile, il faut entendre le lieu de résidence principale et habituelle du Bénéficiaire en France. Son adresse figure sur son dernier avis d'imposition sur le revenu.

1.2.7/ France

Par France, il faut entendre la France métropolitaine et Principauté de Monaco, ainsi que les Départements d'Outre-mer.

1.2.8/ Hospitalisation

Toute admission justifiée par un bulletin d'hospitalisation dans un centre hospitalier (hôpital ou clinique), prescrite par un médecin, consécutive à une Maladie ou à un Accident, et comportant au moins une nuit sur place.

1.2.9/ Immobilisation

Incapacité (totale ou partielle) physique à se déplacer constatée par un médecin, faisant suite à une Maladie ou à un Accident, et nécessitant le repos au Domicile. Elle devra être justifiée par un certificat médical ou selon le Bénéficiaire concerné, par un arrêt de travail circonstancié.

1.2.10/ Maladie

Une altération de la santé dûment constatée par un docteur en médecine, nécessitant des soins médicaux et présentant un caractère soudain et imprévisible.

1.2.11/ Accident

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

2/ CONDITIONS ET MODALITES D'APPLICATION DE LA CONVENTION D'ASSISTANCE

2.1/ Conditions d'application

Notre intervention ne saurait se substituer aux interventions des services publics locaux ou de tous intervenants auxquels nous aurions l'obligation de recourir en vertu de la réglementation en vigueur.

2.2/ Titres de transport

Lorsqu'un transport est organisé et pris en charge en application des clauses du présent contrat, le Bénéficiaire s'engage à nous réserver le droit d'utiliser les titres de transport qu'il détient soit à nous rembourser les montants dont il obtiendrait le remboursement auprès de l'organisme émetteur de ce titre.

2.3/ Etendue territoriale

Les prestations d'assistance de la présente Notice d'information s'appliquent en France.

3/ Modalités d'intervention

Il est nécessaire, en cas d'urgence, de contacter les services de secours pour tous problèmes relevant de leurs compétences.

Afin de nous permettre d'intervenir, nous vous recommandons de préparer votre appel.

Nous vous demanderons les informations suivantes :

- vos nom(s) et prénom(s),
- l'endroit précis où vous vous trouvez, l'adresse et le numéro de téléphone où l'on peut vous joindre,
- Si vous avez besoin d'assistance, vous devez nous appeler sans attendre au n° de téléphone : **01 41 85 88 44**
- **Vous devez impérativement rappeler à votre interlocuteur la référence suivante : APS, FDV (Code) FH7**
- **obtenir notre accord préalable avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense,**
- vous conformer aux solutions que nous préconisons,
- nous fournir tous les éléments relatifs au contrat souscrit,
- nous fournir tous les justificatifs originaux des dépenses dont le remboursement est demandé.

Nous nous réservons le droit de vous demander tout justificatif nécessaire à l'appui de toute demande d'assistance (tels que notamment, certificat de décès, certificat de concubinage, avis d'imposition sous réserve d'avoir préalablement occulté tous les éléments y figurant autre que votre nom, votre adresse, et les personnes composant votre foyer fiscal, certificat médical d'arrêt de travail, etc.).

Toute dépense engagée sans notre accord ne donne lieu à aucun remboursement ou prise en charge a posteriori.

4/ Prestations d'assistance

4.1/ Présence Hospitalisation

En cas d'Hospitalisation de plus de 48 heures, Nous organisons et prenons en charge la présence à votre chevet d'un proche résidant en France.

Nous organisons et prenons en charge le transport aller et retour de ce proche :

- soit par train 1er classe pour les trajets en train dont la durée est inférieure ou égale à 5 heures.
- soit par avion classe économique pour les trajets en train dont la durée est supérieure à 5 heures.

De plus, Nous organisons et prenons en charge l'hébergement de ce proche pour 2 nuits au maximum (petits déjeuners inclus), jusqu'à concurrence de 92 euros TTC au maximum par événement.

Si votre Domicile se situe dans un Département d'Outre-Mer, cette prestation n'est accordée que si le proche réside dans le même Département d'Outre-Mer que le vôtre.

4.2/ Transport et garde d'animaux de compagnie (chien ou chat uniquement)

En cas d'Hospitalisation, si Vous n'êtes plus en mesure de vous occuper de vos animaux de compagnie, Nous organisons le transport de vos animaux de compagnie jusqu'à un établissement de garde approprié proche de votre Domicile ou jusqu'à la destination de votre choix située en France.

Si vous résidez dans un Département d'Outre-mer, l'établissement de garde approprié sera situé dans le Département d'Outre-mer de votre Domicile.

Nous prenons en charge le transport de vos animaux ainsi que leurs frais d'hébergement dans l'établissement de garde jusqu'à concurrence de **229 Euros TTC maximum pour la durée de votre Hospitalisation, dans la limite de 30 jours consécutifs maximum.**

Cette prestation est soumise au respect des conditions de transport, d'accueil et d'hébergement définies par les prestataires et établissements de garde (vaccinations à jour, passeport de l'animal, caution éventuelle, etc.).

En cas d'Hospitalisation ou de décès d'un Bénéficiaire

4.3/ Garde des enfants Bénéficiaires de moins de 16 ans ou des ascendants Bénéficiaires

En cas d'Hospitalisation ou de décès d'un Bénéficiaire, Nous organisons et prenons en charge pour venir garder vos enfants de moins de 16 ans (ou vos ascendants) à votre Domicile **la présence d'une personne qualifiée pendant 48 heures maximum.**

La personne que Nous enverrons au Domicile de l'enfant bénéficiaire prendra et quittera ses fonctions en présence d'un parent. Le service est accessible du lundi au vendredi entre 8 heures et 19 heures, hors jour férié, à raison de 4 heures par jour minimum et de 10 heures maximum.

Conditions d'application de cette garantie et Permanence des heures de service :

Ce service fonctionne du lundi au vendredi, de 8h00 à 19h00 hors jours fériés. Toutefois, Vous pouvez Nous joindre 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, afin de formuler votre demande.

Délais de mise en place :

Dès réception de votre appel, Nous mettons tout en œuvre, sauf cas de force majeure, afin que l'intervenant soit à votre Domicile le plus rapidement possible. Toutefois, Nous nous réservons un délai de prévenance de 5 heures comptées à l'intérieur des heures de service, afin de rechercher et d'acheminer la personne qui assurera la garde de l'enfant ou de l'ascendant.

Exécution du service :

Aucune dépense effectuée d'autorité par Vous-même ne sera remboursée.

Conditions médicales et administratives :

Dans tous les cas, Nous nous réservons le droit d'effectuer le contact médical préalable au moins en fonction de l'intervenant et de Vous réclamer le certificat médical (ou une photocopie).

La présente prestation ne s'applique pas dans les cas suivants :

- **maladies chroniques, maladies relevant de l'hospitalisation à domicile, les suites d'hospitalisations prévisibles.**
- **Dans le temps : entre 19h00 et 8h00, ni les dimanches et jours fériés, ni pendant les repos hebdomadaires et congés légaux des parents bénéficiaires.**

Remarque : le service "Garde d'Enfants ou d'ascendants" n'est pas conçu pour vos convenances personnelles,

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Transfert des enfants de moins de 16 ans ou des ascendants chez un proche » ni avec la prestation « Présence d'un proche ».

4.4/ Présence d'un proche

Nous organisons et prenons en charge le voyage aller et retour en train en 1ère classe ou un billet d'avion de ligne en classe économique, d'une personne désignée par vos soins, depuis son domicile et jusqu'à votre Domicile pour lui permettre d'effectuer la garde des enfants ou des ascendants.,(distinction France métro et dom). Il est précisé que le domicile du proche doit se situer en France Métropolitaine ou Principauté de Monaco si vous y résidez également, ou dans le même Département d'Outre-Mer que le vôtre.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Transfert des enfants de moins de 16 ans ou des ascendants chez un proche » ni avec la prestation « Garde des enfants bénéficiaires de moins de 16 ans ou des ascendants bénéficiaires».

4.5/ Transfert des enfants bénéficiaires de moins de 16 ans et/ou des ascendants bénéficiaires chez un proche

Nous organisons et prenons en charge le voyage aller et retour en train en 1ère classe ou un billet d'avion de ligne en classe économique d'une personne désignée par vos soins depuis son domicile, soit d'une de nos hôtesses, pour venir chercher vos enfants ou vos ascendants et les conduire chez un proche en France Métropolitaine ou Principauté de Monaco (ou dans le Département d'Outre Mer de votre Domicile).

Il est précisé que le domicile de la personne désignée par vos soins doit se situer en France Métropolitaine ou Principauté de Monaco si vous y résidez également, ou dans le même Département d'Outre-Mer que le vôtre.

Nous prenons en charge le coût du voyage aller/retour des enfants ou des ascendants ainsi que celui de l'accompagnant.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Présence d'un proche » ni avec la prestation « Garde des enfants bénéficiaires de moins de 16 ans ou des ascendants bénéficiaires».

4.6/ Présence d'un proche pour garde des enfants malades bénéficiaires de moins de 16 ans

En cas d'Immobilisation de plus de 2 jours de l'enfant bénéficiaire, et lorsque l'Adhérent et son conjoint travaillent tous les deux, Nous organisons et prenons en charge la mise à disposition d'un billet de train aller/retour en 1ère classe ou un billet d'avion de ligne en classe économique, pour une personne désignée par le Bénéficiaire, résidant en France métropolitaine ou en Principauté de

Monaco (ou dans le Département d'Outre Mer dans lequel les Bénéficiaires résident), depuis son domicile et jusqu'au Domicile du Bénéficiaire pour lui permettre d'effectuer la garde des enfants malades.

4.7/ Mise à disposition d'un véhicule médical

En cas d'Hospitalisation, et **hors cas d'urgence**, Nous recherchons une ambulance ou un véhicule sanitaire léger pour Vous conduire au centre de soins ou d'examen de votre choix. Les frais afférents à ce transport jusqu'au centre de soins ou d'examen restent à votre charge.

En cas d'urgence, Vous devez appeler les services de secours compétents (Samu, Pompiers,...) auxquels Nous ne pouvons-nous substituer.

4.8/ Recherche de coordonnées d'un médecin

En cas d'Immobilisation au Domicile et **hors cas d'urgence**, Vous avez besoin d'une consultation médicale et votre médecin traitant n'est pas disponible ; Nous Vous proposons les coordonnées de plusieurs praticiens proches de votre Domicile. Le choix du praticien et la décision finale Vous appartiennent. Les frais de consultations et de déplacements sont à votre charge.

En cas d'urgence médicale, Vous devez impérativement appeler les services de secours compétents (Samu, Pompiers,...) auxquels Nous ne pouvons-nous substituer.

4.9/ Livraison de médicaments à Domicile

En cas d'Immobilisation au Domicile, lorsqu'un médecin vient de Vous prescrire en urgence, par ordonnance, des médicaments, si personne de votre entourage ne peut se déplacer et si les médicaments sont immédiatement nécessaires, Nous allons les chercher dans une officine de pharmacie proche de votre Domicile (ou pharmacie de garde) et Nous Vous les apportons. Nous prenons en charge le prix de la course. Le prix des médicaments reste à votre charge. Les médicaments doivent avoir été prescrits au maximum 24 heures avant la demande d'assistance.

4.10/ Confort hospitalier

Vous faites l'objet d'une Hospitalisation.

Nous prenons en charge les frais de location d'un téléviseur jusqu'à concurrence de 153 Euros TTC pour la durée de votre séjour dans l'établissement. Une franchise de 15 € TTC par événement sera appliquée.

4.11/ Aide-ménagère

En cas :

- d'Hospitalisation de plus de 5 jours minimum,
 - de décès d'un Bénéficiaire,
 - d'Immobilisation au Domicile de plus de 5 jours d'un Bénéficiaire vivant seul,
- Nous organisons la mise à disposition d'une aide-ménagère pour effectuer les travaux ménagers à votre Domicile.

Nous prenons en charge le coût de l'aide-ménagère à concurrence de 20 heures de travail, réparties pendant votre Immobilisation au Domicile, ou durant le mois qui suit la sortie de l'hôpital, ou le décès (minimum de 2 heures à la fois).

A défaut de la présentation des justificatifs (bulletin d'Hospitalisation, certificat de décès) Nous nous réservons le droit de Vous refacturer l'intégralité de la prestation.

5/ Exclusions

Nous ne pouvons en aucun cas nous substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Nous ne pouvons intervenir lorsque vos demandes sont consécutives :

- à une guerre civile ou étrangère, des émeutes, des mouvements populaires, des actes de terrorisme, une catastrophe naturelle,
- à votre participation volontaire à des émeutes ou grèves, rixes ou voies de fait,
- à la désintégration du noyau atomique ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité,
- à l'usage de médicaments, de drogues, de stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement, et de l'usage abusif d'alcool,
- à un acte intentionnel de votre part ou d'un acte dolosif, d'une tentative de suicide ou suicide,
- aux sinistres survenus Hors de France ou en dehors des dates de validité de garantie.

Sont également exclus :

- les frais engagés sans notre accord, ou non expressément prévus par la présente convention d'assistance,
- les frais non justifiés par des documents originaux,
- les frais de restaurant,-
- la participation volontaire d'une personne assurée à des émeutes ou grèves, rixes ou voies de fait,
- les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement et de l'usage abusif d'alcool,
- les conséquences d'actes intentionnels de votre part ou les conséquences d'actes dolosifs, de tentatives de suicide ou suicides,
- les maladies et/ou blessures préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation (jour et nuit), d'un séjour en hôpital de jour, de soins ambulatoires en milieu hospitalier ou d'une hospitalisation à domicile, dans les 6 mois précédant toute demande, qu'il s'agisse de la manifestation ou de l'aggravation dudit état,
- les conséquences des incidents survenus au cours d'épreuves, courses, ou compétitions motorisées (ou leurs essais), soumises par la réglementation en vigueur à l'autorisation préalable des pouvoirs publics, lorsque vous y participez en tant que concurrent, ou au cours d'essais sur circuit soumis à homologation préalable des pouvoirs publics, et ce, même si vous utilisez votre propre véhicule,
- les demandes d'assistance se rapportant à la procréation médicalement assistée ou à l'interruption volontaire de grossesse,
- les demandes relatives à la procréation ou la gestation pour le compte d'autrui, et ses conséquences,
- les hospitalisations prévues, leurs conséquences et les frais en découlant,

6/ Limitation en cas de force majeure ou autres événements assimilés

Nous ne pouvons en aucun cas nous substituer aux organismes de secours en cas d'urgence.

- Nous ne pouvons être tenus pour responsables des manquements à l'exécution des prestations, résultant:
- de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, instabilité politique notoire, mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles, restriction à la libre circulation des personnes et des biens, et ce quelle qu'en soit le motif notamment sanitaire, de sécurité, météorologique, limitation ou interdiction de trafic aéronautique, grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique, ni des retards dans l'exécution des prestations résultant des mêmes causes,
- de délais et/ou d'impossibilité à obtenir les documents administratifs tels qu'un, passeport, etc. nécessaires au transport, ni des retards dans l'exécution des prestations résultant des mêmes causes,

- des recours à des services publics ou à des intervenants auxquels nous avons l'obligation de recourir en vertu de la réglementation applicable ni des retards dans l'exécution des prestations résultant des mêmes causes,
- de la non-disponibilité aérienne ni des retards dans l'exécution des prestations résultant des mêmes causes.

7/ Circonstances exceptionnelles

Les transporteurs de personnes (dont notamment les compagnies aériennes) sont susceptibles d'opposer pour les personnes atteintes de certaines pathologies ou pour les femmes enceintes, des restrictions applicables jusqu'au moment du début du transport, et susceptibles d'être modifiées sans préavis (ainsi pour les compagnies aériennes : examen médical, certificat médical, etc.).

De ce fait, le rapatriement de ces personnes ne pourra être réalisé que sous réserve d'absence de refus du transporteur.

8/ Cadre du Contrat

8.1/ Validité, prise d'effet et durée du contrat

Les prestations d'assistance objets de la présente Notice d'information « APS Assistance » et telles que décrites à l'article 4 ci-avant, s'appliquent pendant la période de validité du Contrat frais de santé souscrit par l'Adhérent. Ainsi, elles prennent effet à compter de la date de souscription au Contrat frais de santé pour une durée d'un an, tacitement reconductible.

Elles cessent de ce fait si le Contrat frais de santé est résilié, pour quelque cause que ce soit et à la même date. Par ailleurs, les présentes garanties cessent également en cas de cessation pour quelque cause que ce soit du contrat collectif d'assistance APS n° FH7 conclu entre KLESIA Mut' et EUROP ASSISTANCE, et ce, à la date d'échéance annuelle du Contrat frais de santé suivant la date d'effet de la dite cessation qui aura été notifiée à l'Adhérent par KLESIA Mut'.

8.2/ Subrogation

EUROP ASSISTANCE est subrogée, à concurrence des indemnités payées et des services fournis par elle, dans les droits et actions des Bénéficiaires contre toute personne responsable des faits ayant motivé son intervention.

8.3/ Prescription

Toute action concernant ce contrat d'assurance ne peut être exercée que pendant un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance (Articles L.114-1 et L.114-2 du Code des Assurances). Toutefois ce délai ne court :

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

Quand l'action de l'Adhérent contre Nous 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'Adhérent ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription peut être interrompue par :

- la désignation d'un expert;
- l'envoi d'une lettre recommandée avec A.R. adressée par Nous en ce qui concerne le paiement de la cotisation et par l'Adhérent en ce qui concerne le règlement d'un sinistre
- la saisine d'un tribunal même en référé;
- toute cause ordinaire d'interruption de la prescription. (articles 2240 et suivants du code civil)

8.4/ Fausses déclarations :

Lorsqu'elles changent l'objet du risque ou en diminuent notre opinion :

Toute réticence ou déclaration intentionnelle fautive de votre part entraînent la nullité du contrat. Les primes payées nous demeurent acquises et nous serons en droit d'exiger le paiement des primes échues, tel que prévu au Code des Assurances à l'article L.113.8.

Toute omission ou déclaration inexacte de votre part dont la mauvaise foi n'est pas établie entraîne la résiliation du contrat 10 jours après notification qui vous sera adressée par lettre recommandée et ou l'application de la réduction d'indemnités du Code des Assurances tel que prévu à l'article 113.9.

8.5/ Déchéance pour déclaration frauduleuse

En cas de Sinistre ou demande d'intervention au titre des prestations d'assistance, si sciemment, vous utilisez comme justificatifs, des documents inexacts ou usez de moyens frauduleux ou faites des déclarations inexactes ou réticentes, vous serez déchu(e) de tout droit aux prestations d'assistance prévues dans la présente Notice d'information, pour lesquelles ces déclarations sont requises.

8.6/ Réclamations – Litiges

En cas de réclamation ou de litige, le Bénéficiaire pourra s'adresser au service Qualité d'Europ Assistance, 11-17 Avenue François Mitterrand - 93210 Saint Denis.

Une réponse écrite à la réclamation sera transmise dans un délai maximum de deux mois à compter de la date de réception de la réclamation initiale. Si le délai de traitement doit excéder les dix jours ouvrés, une lettre d'attente Vous sera adressée dans ce délai.

8.7/ Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – ACPR – 61 rue Taibout – 75009 Paris.

8.8/ Informatique et Libertés

Toutes les informations recueillies par EUROP ASSISTANCE FRANCE, 11-17 Avenue François Mitterrand - 93210 Saint Denis, lors de la souscription à l'un de ses services et/ou lors de la réalisation des prestations sont nécessaires à l'exécution des engagements que nous prenons à votre égard. A défaut de réponse aux renseignements demandés, EUROP ASSISTANCE sera dans l'impossibilité de vous fournir le service auquel vous souhaitez souscrire.

Ces informations sont uniquement réservées aux services d'EUROP ASSISTANCE FRANCE en charge de votre contrat et pourront être transmises pour les seuls besoins de la réalisation du service à des prestataires ou partenaires d'EUROP ASSISTANCE FRANCE.

EUROP ASSISTANCE FRANCE se réserve également la possibilité d'utiliser vos données personnelles à des fins de suivi qualité ou d'études statistiques.

EUROP ASSISTANCE FRANCE peut être amenée à communiquer certaines de vos données aux partenaires à l'origine de la présente garantie d'assistance.

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des informations vous concernant en écrivant à : Europ Assistance France - Service Qualité, 11-17 Avenue François Mitterrand - 93210 Saint Denis.

Si pour les besoins de la réalisation du service demandé, un transfert des informations vous concernant est réalisé en dehors de la Communauté Européenne, EUROP ASSISTANCE FRANCE prendra des mesures contractuelles avec les destinataires afin de sécuriser ce transfert.

Par ailleurs, les Bénéficiaires sont informés que les conversations téléphoniques qu'ils échangeront avec EUROP ASSISTANCE pourront faire l'objet d'un enregistrement dans le cadre du suivi de la qualité des services et de la formation des personnels. Ces conversations sont conservées deux mois à compter de leur enregistrement. Les Bénéficiaires pourront s'y opposer en manifestant leur refus auprès de leur interlocuteur.

8.9/ Loi applicable

La présente Convention d'assistance est régie par le droit français.

Tableau des prestations

SENIOR EN EHPAD (OU USLD)

Désignation des actes // Contrat responsable conforme aux articles L.871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la Sécurité sociale, modifiés par le décret n° 2014-1374 du 18/11/2014 et n°2019-21 du 11/01/2019



Janvier 2025

Soins courants		
• Honoraires médicaux (Consultations, Téléconsultations et Visites, Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, Actes techniques médicaux et d'imagerie) :		
- Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée		100% BR
- Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée		100% BR
• Honoraires Paramédicaux :		
- Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, ...)		100% BR
- Pédicure, podologie non remboursées par la SS, par an et par contrat		50€
• Autres Honoraires : séances d'accompagnement psychologique réalisées par des psychologues, remboursées par la SS. 12 séances par an, effectuées dans le cadre du dispositif Mon soutien psy (dont une 1ère dédiée à l'évaluation)		100% BR
• Analyses et examens de laboratoire		100% BR
• Médicaments (toutes « vignettes » remboursées par la SS)		100% BR
• Matériel médical inscrit à la liste des produits de prestations (LPP) :		
- Matériel médical (hors aide auditive et prothèse dentaire) : attelles, lits médicaux, accessoires, ...		100% BR
- Canne blanche, par an et par contrat		25€
Hospitalisation		
• Honoraires :		
- Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée		100% BR
- Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée		100% BR
• Forfait Journalier Hospitalier (hors établissements médico-sociaux et pour personnes dépendantes)		PEC Intégrale
• Frais de séjour		100% BR
• Forfait actes lourds		PEC Intégrale
Dentaire		
• Soins et prothèses « 100 % santé » (*) (dans la limite des honoraires limites de facturation)	100% SANTÉ	PEC Intégrale
• Soins dentaires (ex : suivi, traitement de carie, détartrage, ...)		100% BR
• Prothèses :		
- Actes prothétiques à honoraires maîtrisés (dans la limite des honoraires limites de facturation)		100% BR
- Actes prothétiques à honoraires libres		100% BR
• Orthodontie		100% BR
Optique		
Limité à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à partir de 16 ans. Pour les moins de 16 ans et les renouvellements anticipés, se référer au contrat.		
• Equipement « 100 % santé » (*) : Monture + 2 verres de tous types (classe A) (dans la limite des prix limites de vente)	100% SANTÉ	PEC Intégrale
• Equipement optique - prix libres (classe B) :		
A - Equipement composé de deux verres « simples »		50€
B - Equipement mixte composé d'un verre « simple » (A) et d'un verre « complexe » (C)		125€
C - Equipement composé de deux verres « complexes »		200€
D - Equipement avec un verre « simple » (A) et un verre « très complexe » (F)		125€
E - Equipement avec un verre « complexe » (C) et un verre « très complexe » (F)		200€
F - Equipement avec deux verres « très complexes »		200€
- Dont monture		10€
• Prestation d'adaptation : Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe A ou de classe B, par l'opticien, après réalisation d'un examen de vue (dans la limite des prix limites de vente)		PEC Intégrale
Aide auditive		
Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans pour chaque oreille		
• Equipement « 100 % santé » (*) (classe I) (dans la limite des prix limites de vente)	100% SANTÉ	PEC Intégrale
• Aide auditive - prix libres (classe II) (La PEC est limitée à 1700 € par aide auditive, y compris remboursement SS)		
- Aide auditive par appareil		100% BR
Expertise médicale		
Non remboursée par la SS, par an et par contrat (forfait cumulable sur 3 années consécutives d'adhésion)		
		60€
Divers		
• Frais de transport		100% BR
Avantages Solidarité APS		
• Fonds social		OUI
• APS Assistance		OUI
• Garantie +		NON

Les remboursements, incluent le remboursement de la Sécurité sociale, sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement Sécurité sociale, sont limités aux frais réels, et sont sous réserve de prise en charge par la Sécurité sociale.

(*) : Tels que définis réglementairement / **Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée** : Contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires / **SS** : Sécurité sociale / **PEC** : Prise en charge / **BR** : Base de remboursement de la Sécurité sociale / **Optique et paniers de soins 100 % Santé avec prise en charge intégrale** : Les remboursements incluent la prise en charge de la SS / **Honoraires limites de facturation** : Dans l'attente de leur mise en oeuvre, la prise en charge des actes se fait à hauteur de la garantie des actes prothétiques du panier à honoraires libres / **Périodes de renouvellement pour l'optique et pour l'aide auditive** : Ces périodes sont fixes et commencent à courir à compter de la date de facturation de l'équipement.