

Santissimo « Solidaire »

Dispositions Générales

VALANT NOTICE D'INFORMATION

Protec & Assur
POUR ÊTRE CORRECTEMENT ASSURÉ

8 Rue d'Estienne d'Orves - 94000 Creteil
01-72-81-65-00 - www.santexia.com



CO
vea Risks

Assurance Santé Frais de Soins

Le présent document valant Notice d'information reprend l'ensemble des dispositions des contrats collectifs à adhésion individuelle facultative Santessimo « Solidaire ».

Il définit la portée et les modalités d'application des garanties souscrites pour chacun des Assurés, qui sont précisées au certificat d'adhésion.

Les adhésions aux contrats Santessimo « Solidaire » satisfont aux dispositions de l'article 995 15° du Code Général des Impôts : aucun questionnaire médical n'est requis, les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré, la participation forfaitaire n'est pas prise en charge et les conditions énoncées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité Sociale sont respectées. A ce titre, les cotisations ne supportent pas la taxe spéciale sur les conventions d'assurance.

Ce document a été élaboré pour vous présenter d'une façon précise et claire vos droits et vos engagements liés à l'adhésion au contrat Santessimo « Solidaire ».

*Vous cherchez quelles sont **les garanties** dont vous bénéficiez et comment les faire valoir ?*

- Reportez-vous à la **1^{re} partie**.

*Vous voulez connaître les règles de **fonctionnement de votre contrat** ?*

- Reportez-vous à la **2^e partie**.

*Vous voulez connaître les garanties **d'assistance** dont vous bénéficiez ?*

- Reportez-vous à l'**Annexe**.

Les contrats Santessimo « Solidaire » sont régis par le Code des Assurances.
L'Autorité chargée du contrôle des sociétés d'assurance (Article L 112-4 du Code) est :
L'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles
61, rue Taitbout, 75009 PARIS.

Référence des Dispositions Générales également dénommées « Conditions Générales » : M423AA



PREMIÈRE PARTIE : LES GARANTIES

1 - INTRODUCTION

1.1. Définitions	4
1.2. Dans quels pays s'appliquent les garanties ?	5

2 - LES GARANTIES COMPLÉMENTAIRES FRAIS DE SOINS

QUELLES SONT MES GARANTIES ?

2.1. Garanties	6
2.2. Tableau des garanties	6
2.3. Hospitalisation.....	8
2.4. Indemnité funéraire	8
2.5. Exonération en cas de chômage total des salariés	8

DANS QUELS CAS NE SUIS-JE PAS GARANTI ?

2.6. Exclusions	9
-----------------------	---

QUE FAIRE POUR OBTENIR LE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SOINS ?

2.7. Paiement des prestations.....	10
------------------------------------	----

QUAND CESSENT LES GARANTIES ?

2.8. Cessation des garanties	12
------------------------------------	----

DEUXIÈME PARTIE : LA VIE DU CONTRAT

3 - LE FONCTIONNEMENT DE L'ADHÉSION

3.1. La souscription	13
3.2. En cours d'adhésion.....	13
3.3. Fausse déclaration intentionnelle.....	14
3.4. Possibilités de contrôle.....	14
3.5. Expertise médicale - Médiation - Arbitrage.....	15
3.6. Résiliation de l'adhésion	15
3.7. Cessation des garanties.....	16
3.8. Assurance individuelle en cas de radiation	16

4 - LES COTISATIONS

4.1. Évolution des cotisations	17
4.2. Paiement des cotisations - Conséquences du non-paiement.....	17

5 - AUTRES DISPOSITIONS

5.1. Prescription	18
5.2. Déchéance	18
5.3. Sort des documents	18
5.4. Modification de l'adhésion - Avis et déclarations	18
5.5. Validité	18
5.6. Les contrats souscrits par l'Association	18

ANNEXE - L'ASSISTANCE SANTÉ SERVICES PLUS

1. Dispositions générales.....	20
2. Étendue des garanties	21
3. Mise en jeu des garanties	29
Tableau des garanties	32



1.1. DÉFINITIONS

Pour l'application de l'adhésion, on entend par :

Assureur

Les garanties autres que celles d'assistance sont accordées par **l'Assureur mentionné au Certificat d'adhésion**.

Les garanties d'assistance sont accordées par la société **ASSURANCES MUTUELLES DE FRANCE**.

Il est convenu que **l'Assureur indiqué au Certificat d'adhésion** est chargé des relations avec les adhérents; en conséquence, elle a reçu délégation de tout pouvoir pour ce qui a trait à la gestion et à l'exécution des adhésions.

Association

L'Association mentionnée au Certificat d'adhésion.

Adhérent

La personne, membre de l'Association, qui adhère au contrat et s'engage à payer les cotisations.

Lorsque le contrat vise l'application de la loi Madelin, l'adhésion est réservée aux travailleurs non salariés non agricoles.

Assuré

La ou les personnes qui sont désignées au Certificat d'adhésion et qui bénéficient des garanties.

Accident

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

BRSS

Base de Remboursement de la Sécurité sociale. Tarif de base utilisé par le régime de Sécurité sociale de l'Assuré pour calculer ses remboursements. Ce tarif est défini par la sécurité sociale, soit conventionnellement avec les syndicats des praticiens et les établissements de soins, soit d'autorité pour les actes pratiqués par des professionnels non conventionnés.

Dépassement

Différence entre les dépenses réelles de l'Assuré social et la Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

Forfait Journalier Hospitalier

Participation forfaitaire, due par l'assuré social, pour chaque jour de séjour en hôpital, en clinique, ainsi que dans tous les établissements, centres et maisons de soins, de convalescence et de repos.

Franchise

Période pour laquelle le versement des prestations n'est pas dû.

La durée pour chaque garantie est indiquée soit dans les Dispositions Générales soit au Certificat d'adhésion.

Hospitalisation

Séjour médicalement prescrit, pendant une nuit au moins, dans un établissement de soins public ou privé agréé par le Ministère de la Santé, ayant pour but le traitement médical ou chirurgical d'une maladie, ou d'une maternité. Les hospitalisations à domicile, les hospitalisations de jour et les cures sont considérées comme des « soins courants ».

« Loi Madelin »

La loi n° 94-126 du 11 Février 1994 dans ses articles 24 et 41, les extensions des dispositions de ces articles et les textes pris pour leur application, codifiée sous l'article 154 bis du Code Général des Impôts. Elle concerne les travailleurs non salariés non agricoles.

Maladie

Toute altération de la santé ou état pathologique constaté, traité ou diagnostiqué par une autorité médicale compétente.

Maternité

L'état de grossesse, l'interruption de grossesse volontaire ou non, l'accouchement, les suites de couches ainsi que les complications pathologiques de ces événements.

Parcours de soins coordonné

Ensemble des soins médicaux d'un assuré social, réalisés ou prescrits par son Médecin Traitant. Par extension, les soins médicaux autorisés par la sécurité sociale en accès direct sont considérés comme entrant dans le parcours de soins coordonné.

Participation Forfaitaire

Contribution prélevée par la sécurité sociale sur ses remboursements effectués au titre des actes médicaux réalisés par les médecins et des actes de biologie.

Tarif d'Autorité

Tarif de base appliqué par le régime de Sécurité Sociale de l'Assuré pour rembourser des actes pratiqués par des professionnels non conventionnés.

Ticket Modérateur

Différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale et le montant du remboursement du régime de Sécurité sociale, hors la participation forfaitaire éventuelle.



1.2. DANS QUELS PAYS S'APPLIQUENT LES GARANTIES ?

L'assurance est valable dans le Monde entier.

Lorsque l'accident ou la maladie est survenu hors de France Métropolitaine,

le versement des prestations s'effectue après le retour de l'Assuré en France Métropolitaine. Pour le calcul des prestations, l'Assureur prend en compte le taux de change moyen dans le trimestre civil qui précède la date des soins.

Les prestations peuvent être versées avant le retour de l'Assuré, si l'Assureur a donné son accord avant le départ de l'Assuré.



2 - Les garanties complémentaires frais de soins

QUELLES SONT MES GARANTIES ?

Les garanties de chaque Assuré sont celles qui sont indiquées au Certificat d'adhésion.



2.1. GARANTIES

En cas de maladie, d'accident ou de maternité, les frais de soins des Assurés qui surviennent après la prise d'effet de la garantie sont remboursés à concurrence des taux, montants et maxima indiqués ci-après, sans période d'attente.

La garantie de l'Assureur porte sur les soins qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par le régime de sécurité sociale de l'Assuré, sauf dérogation expresse. Lorsqu'il y a dérogation, l'Assureur rembourse uniquement les frais médicaux qui ont été engagés en France ou dans la Principauté de Monaco et prescrits par un praticien habilité à y exercer. Le remboursement s'effectue à concurrence des maxima indiqués pour ce type de frais.



2.2. TABLEAU DES GARANTIES

Le tableau des garanties, ainsi que les dispositions ci-après, décrivent les maxima de remboursement selon la nature des soins et la garantie.

Les taux indiqués au tableau ci-après sont exprimés :

2.2.1. En pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale

Ils incluent les prestations du régime de sécurité sociale de l'Assuré, hors la participation forfaitaire éventuelle. Ils ne tiennent pas compte non plus de franchises et autres retenues opérées par le régime de sécurité sociale.

En cas de rupture de convention, les prestations de l'Assureur sont calculées sur la base du Tarif en vigueur au moment de la dénonciation.

2.2.2. En pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) à la date des soins ou de la naissance qui donnent lieu au versement des prestations

Pour chaque Assuré, le pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale indiqué au tableau des garanties représente le maximum des prestations de l'Assureur pour les traitements effectués dans une année d'assurance.

Les périodes d'un an se comptent à partir de la date de prise d'effet de la garantie de l'Assuré.

Le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale évoluant, les limites définies pour les prestations de l'Assureur évoluent également, avec un maximum d'augmentation de 10 % en un an.

TABLEAU DES GARANTIES COMPLÉMENTAIRES EN PARCOURS DE SOINS COORDONNÉ

Les maximums de remboursement des garanties ci-dessous sont exprimés :

- soit en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale. Ils incluent les prestations du régime de sécurité sociale de l'Assuré. Ni la Participation Forfaitaire, ni les franchises et autres retenues opérées par le régime de sécurité sociale ne sont remboursées.
- soit en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (% du PMSS) en plus des prestations de ce régime.

Les taux indiqués dans le tableau ci-dessous s'entendent dans le cadre du parcours de soins coordonné. Les majorations de participation laissées à la charge de l'assuré par le régime de sécurité sociale ainsi que les dépassements d'honoraires, liés au non-respect du parcours de soins, ne sont pas remboursés.

NATURE DES DÉPENSES	GARANTIE 100	GARANTIE 125	GARANTIE 150	GARANTIE 175	GARANTIE 200
SOINS COURANTS hors hospitalisation					
▪ consultations, visites	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %
▪ autres soins, auxiliaires médicaux (kiné, infirmier...) analyses et prélèvements, radiologie, hospitalisation à domicile, hospitalisation de jour, médicalement prescrits	100 %	100 %	125 %	150 %	150 %
▪ chirurgie ambulatoire	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
▪ pharmacie	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
▪ appareillages et prothèses (ex. prothèse auditive)	100 %	100 %	125 %	150 %	150 %
▪ optique (verres, montures, lentilles) remboursée ou non par la Sécurité Sociale	2 % du PMSS	4 % du PMSS	6 % du PMSS	8 % du PMSS	8 % du PMSS
▪ traitements dentaires : soins, prothèses, traitements orthodontiques,...	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
▪ cures thermales : soins et honoraires	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
SOINS NON REMBOURSÉS par la Sécurité Sociale					
▪ soins médicalement prescrits	néant	néant	néant	néant	5 % du PMSS
▪ pharmacie	néant	néant	néant	néant	5 % du PMSS
▪ traitements dentaires : soins, prothèses, traitements orthodontie...	néant	néant	néant	néant	5 % du PMSS
▪ appareillages et prothèses (ex. prothèse auditive)	néant	néant	néant	néant	5 % du PMSS
▪ cures thermales : frais de séjours et déplacement	néant	néant	néant	néant	5 % du PMSS
▪ vaccins	2 % du PMSS	2 % du PMSS	2 % du PMSS	2 % du PMSS	5 % du PMSS
HOSPITALISATION médicale, chirurgicale et maternité					
▪ Établissements et services non spécialisés					
▪ séjour en établissement conventionné	100 %	100 %+ chambre particulière	100 %+ chambre particulière	100 %+ chambre particulière	100 %+ chambre particulière
▪ honoraires en établissement conventionné	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
▪ séjour en établissement non conventionné	100 %	125 %	150 %	175 %	100 %+ 2 % du PMSS/j
▪ honoraires en établissement non conventionné	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
▪ forfait journalier hospitalier	frais réels	frais réels	frais réels	frais réels	frais réels
▪ Établissements et services spécialisés					
▪ séjour (maximum 30 j par an)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %+ 2 % du PMSS/j
▪ honoraires (maximum 30 j par an)	100 %	100 %	100 %	100 %	200 %
▪ forfait journalier hospitalier	frais réels	frais réels	frais réels	frais réels	frais réels
▪ Lit d'accompagnant, facturé à l'Assuré, pour un enfant de moins de 16 ans	à concurrence de 155 € par année d'assurance (inclus dans Santé Services Plus article 2.3.1.)				
▪ Téléviseur	à concurrence de 155 € par séjour (inclus dans Santé Services Plus article 2.2.3.)				
PRIME DE MATERNITÉ par nouveau-né dont la mère est assurée	néant	néant	néant	néant	8 % du PMSS
TRANSPORT	100 %	100 %	100 %	100 %	150 %
INDEMNITÉ FUNÉRAIRE , par assuré de 18 à 65 ans	néant	15 % du PMSS	30 % du PMSS	45 % du PMSS	45 % du PMSS
EXONÉRATION en cas de chômage total de l'adhérent salarié	inclus	inclus	inclus	inclus	inclus
SANTÉ SERVICES PLUS	inclus	inclus	inclus	inclus	inclus
2 actes de prévention (article R. 871-2, II du Code de la Sécurité sociale)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
TIERS PAYANT pharmacie, biologie, radiologie, kinésithérapie, centres de santé et soins externes hospitaliers dans les départements où une convention a été passée	inclus	inclus	inclus	inclus	inclus



2.3. HOSPITALISATION

Les frais de séjour pris en charge recouvrent le ticket modérateur, la chambre particulière et le forfait journalier.

Les niveaux de remboursement sont indiqués dans les tableaux.

Le remboursement des frais de séjour à l'hôpital ou en clinique porte exclusivement sur le prix de pension proprement dit de l'établissement.

Le remboursement des honoraires est calculé séparément selon les limites indiquées dans les tableaux de garantie.

Le séjour en hôpital ou en clinique doit être médicalement prescrit.

2.3.1. Établissements non conventionnés

En cas d'hospitalisation dans un établissement non conventionné, l'Assureur rembourse, pour le séjour proprement dit, le ticket modérateur et le forfait journalier hospitalier.

Selon les garanties souscrites, il peut s'y ajouter soit un pourcentage du dépassement, soit un montant supplémentaire par jour d'hospitalisation.

2.3.2. Établissements et services spécialisés

Il s'agit des établissements ou services destinés à accueillir :

- des hospitalisations psychiatriques et neuropsychiatriques,
- des séjours en sanatorium, préventorium, aérium, centre de rééducation fonctionnelle, centre diététique, maison de repos ou de convalescence, maison d'enfants à caractère sanitaire, institut médico-pédagogique et médico-psychopédagogique,
- des séjours dans des établissements ou centres, conventionnés ou non, assimilés à ceux énumérés ci-dessus.

Les frais de toute nature relatifs au séjour de l'Assuré en établissement ou service spécialisé, sauf le forfait journalier hospitalier, sont remboursés avec un maximum de 30 jours, par année civile pour chaque Assuré.

2.3.3. Frais annexes

Ce sont les frais médicaux ou non, facturés par l'établissement qui viennent en sus du prix de pension proprement dit, par exemple : les suppléments alimentaires, la location d'un téléphone. Ces frais ne sont pas considérés comme des frais d'hospitalisation. **Ils ne sont pas garantis.**



2.4. INDEMNITÉ FUNÉRAIRE

En cas de décès d'un Assuré de plus de 18 ans avant son 65^e anniversaire et pour les garanties le prévoyant, l'Assureur verse une indemnité, dont le montant figure au tableau de garantie, destinée à acquitter les frais d'obsèques. **Le montant de l'indemnité versée ne peut en aucun cas dépasser les frais funéraires réellement engagés.**

Elle est payée dans les 15 jours de la remise de l'ensemble des pièces justificatives (voir article 2.7.1.)



2.5. EXONÉRATION EN CAS DE CHÔMAGE TOTAL DES SALARIÉS

2.5.1. Définition

En cas de chômage total, indemnisé par l'ASSEDIC, de l'Adhérent salarié, l'Assureur exonère celui-ci des cotisations afférentes aux garanties remboursement des frais de soins de son adhésion. Pour ce faire, il procède par remboursement de ces cotisations.

Sous réserve que les cotisations appelées aient été payées, l'Assureur rembourse 1/360^{ème} du montant annuel de la cotisation pour chaque jour ayant donné lieu au versement de l'allocation chômage.

L'Adhérent s'engage à signaler à l'Assureur, sous peine de déchéance, toute modification de sa situation professionnelle, et notamment toute reprise même partielle d'une activité.

A compter de la notification à l'Assuré de la cessation de son contrat de travail, les garanties remboursement des frais de soins ne peuvent être majorées.

2.5.2. L'exonération ne peut pas intervenir si :

- **l'Adhérent n'exerce pas effectivement une activité professionnelle salariée ;**
- **la rupture du contrat de travail intervient dans les deux ans qui suivent la date d'effet de l'adhésion,**
- **l'Adhérent exerce un emploi à temps partiel, un emploi saisonnier ou temporaire, ou s'il est titulaire d'un contrat à durée déterminée.**

2.5.3. Franchise

La période donnant lieu à remboursement des cotisations commence le 366e jour suivant le début du versement de l'allocation pour chômage total.

Cette franchise de 365 jours s'applique à chaque nouvelle période de chômage total indemnisé, ayant une origine différente.

2.5.4. Durée

Le remboursement des cotisations ne peut dépasser 730 jours pour un même Adhérent pour toute la durée de l'adhésion.

Le remboursement cesse :

- **à la date où l'allocation chômage cesse d'être versée,**
- **à la date de résiliation des garanties frais de soins.**

DANS QUELS CAS NE SUIS-JE PAS GARANTI ?



2.6. EXCLUSIONS

Les conséquences de certaines situations ou de certains événements sont exclues du champ d'application de toutes les garanties. Ce sont :

- **le suicide, la tentative de suicide, ainsi que l'automutilation, conscients ou inconscients ;**
- **l'aggravation des conséquences d'une maladie ou d'un accident par la négligence, le défaut de soins ou l'usage de soins empiriques sans contrôle médical (sauf cas de force majeure) ;**
- **la pratique d'un sport professionnel, ainsi que la pratique de courses de vitesse, d'une compétition ou de ses essais avec un véhicule terrestre, nautique ou aérien à moteur, ou comportant l'utilisation d'animaux ;**
- **la participation à une rixe, sauf cas de légitime défense, à un duel ou à un crime ;**
- **la guerre étrangère, la guerre civile, la participation active à un acte de terrorisme ou de sabotage, une émeute ou un mouvement populaire ;**
- **les phénomènes naturels à caractère catastrophique ;**
- **la détention, la possession ou la manipulation d'un engin de guerre ou d'une arme dont la détention est interdite ;**
- **l'éthylisme ;**
- **l'état d'ivresse de l'Assuré « conducteur » lorsque le taux d'alcoolémie est supérieur au taux légal en vigueur dans le pays où a lieu l'accident, sauf s'il est établi que l'accident est sans relation avec cet état ;**
- **l'usage de drogues, stupéfiants, produits médicamenteux ou tranquillisants, hors des strictes prescriptions d'une autorité médicale ou obtenus frauduleusement ;**
- **les effets des armes ou engins destinés à exploser par modification du noyau de l'atome, ainsi que les rayonnements ionisants émis par combustibles nucléaires ou par des produits, déchets ou rejets radioactifs ;**

Certains types de frais de soins ou d'hospitalisation sont exclus du champ d'application des garanties.

Ce sont :

- **sauf convention contraire, les frais de soins de toute nature n'ayant pas donné lieu à un remboursement du régime de sécurité sociale dont bénéficie l'Assuré ;**
- **les frais d'attestations et de certificats médicaux ;**
- **les frais relatifs à la désintoxication alcoolique, ou pour toxicomanie ;**
- **les cures de rajeunissement, les traitements et opérations essentiellement esthétiques et leurs conséquences ;**
- **les séjours en milieu hospitalier de personnes dépendantes ou dus à un état morbide considéré comme consolidé et non améliorable selon l'état des connaissances médicales de l'époque. Il s'agit, par exemple, de la démence sénile, la tuberculose stabilisée, l'hémiplégie infantile, la paraplégie traumatique ;**
- **les soins courants effectués en France ou dans la principauté de Monaco ainsi que les fournitures, appareils et produits médicaux et pharmaceutiques qui y sont achetés, lorsqu'il n'y a pas eu prescription par une autorité médicale habilitée à exercer en France ou dans la Principauté de Monaco ;**
- **les soins courants effectués à l'étranger ainsi que les fournitures, appareils et produits médicaux et pharmaceutiques qui y sont achetés, lorsque la Sécurité Sociale de l'Assuré refuse de les rembourser ;**
- **les psychanalyses et les séances de relaxation non remboursées par la Sécurité Sociale ;**
- **le traitement de la stérilité et de ses conséquences, y compris la fécondation artificielle et la fécondation *in vitro*, non remboursés par la Sécurité Sociale ;**
- **les produits à usage esthétique, hygiénique, cosmétique, alimentaire ou diététique.**

Toute personne qui cause ou provoque intentionnellement le sinistre est exclue du bénéfice de la garantie.

Ne sont pas assimilés à des séjours en hôpital ou en clinique, même s'ils comportent des soins ou une surveillance médicale :

- **les cures de toute nature ;**
- **les séjours en hospice, maison de retraite, établissements et sections médicalisés, gériatrie ;**
- **les séjours en centre de rééducation professionnelle et ceux pris en charge par le régime de sécurité sociale de l'Assuré selon les critères de « long séjour », quelle que soit la nature de l'établissement ;**
- **les hospitalisations à domicile ;**
- **les hospitalisations de jour.**

Le fait que l'Assureur ait payé des prestations, même à plusieurs reprises, n'implique pas qu'il renonce tacitement à appliquer une restriction ou une exclusion.

Ces exclusions ne peuvent concerner les prestations auxquelles l'Assureur est tenu au titre de l'article R 871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

QUE FAIRE POUR OBTENIR LE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SOINS ?



2.7. PAIEMENT DES PRESTATIONS

2.7.1. Documents à fournir

Pour obtenir le versement des prestations, l'Adhérent doit envoyer à l'Assureur dans les meilleurs délais, le ou les documents indiqués dans le tableau ci-après.

Ces documents doivent comporter de manière claire, le montant des dépenses et celui du remboursement du régime de sécurité sociale.

En ce qui concerne les frais garantis dont la Sécurité Sociale a refusé le remboursement, l'Assuré doit envoyer l'original de la note d'honoraire ou de la facture, détaillée poste par poste, si possible avec la notification de refus.

DOCUMENTS A FOURNIR

En cas de	si vous bénéficiez de l'échange de données informatisées	si vous ne bénéficiez pas de l'échange de données informatisées
Soins, soins dentaires, pharmacie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ vous n'avez rien à envoyer 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ décomptes de votre régime de sécurité sociale
Orthodontie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ vous n'avez rien à envoyer 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ devis détaillé, élément par élément et formulaire de votre demande d'entente préalable ▪ décompte de votre régime de sécurité sociale ▪ note d'honoraires détaillée
Lunettes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ vous n'avez rien à envoyer 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ décompte de votre régime de sécurité sociale ▪ facture détaillée de l'opticien
Lentilles		<ul style="list-style-type: none"> ▪ facture détaillée de l'opticien ▪ prescription médicale
Appareils, prothèses auditives, semelles orthopédiques ...	<ul style="list-style-type: none"> ▪ vous n'avez rien à envoyer 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ décompte de votre régime de sécurité sociale ▪ factures en cas de dépassement de la BRSS
Hospitalisation ▪ Frais de séjour ▪ Honoraires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ demande de prise en charge établie soit par l'hôpital ou la clinique, soit par vous-même, et détaillant les coordonnées de l'établissement, la date et la durée prévue de l'hospitalisation ▪ ou une facture détaillée de l'hôpital ou de la clinique ▪ note d'honoraires détaillée du ou des praticiens, et décomptes de votre régime de sécurité sociale 	
Cure thermique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ néant 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ décomptes de votre régime de sécurité sociale
Maternité	<ul style="list-style-type: none"> ▪ copie du livret de famille ou un acte de naissance 	
Chômage	<ul style="list-style-type: none"> ▪ justificatifs de la rupture du contrat de travail ▪ chaque notification d'attribution de l'allocation chômage ▪ au fur et à mesure les justificatifs du paiement de l'allocation chômage 	
Décès	<ul style="list-style-type: none"> ▪ certificat médical constatant le décès ▪ acte de décès ▪ copie des factures liées aux frais funéraires 	
En cas d'Accident	<ul style="list-style-type: none"> ▪ une déclaration signalant cet événement et détaillant les circonstances le plus rapidement possible 	

**Ces pièces sont à adresser à : Covéa Risks
Gestion santé
1, allée du Wacken
67978 Strasbourg Cedex 9**

En cas d'accident, l'Assureur peut réclamer au responsable le remboursement des prestations qu'il verse à la suite de l'accident. **Si ce recours ne pouvait s'exercer du fait de l'Assuré, la garantie de l'Assureur cesserait d'être engagée dans la mesure où le recours aurait pu s'exercer.**

2.7.2. Modalités de remboursement

Les prestations de l'Assureur sont versées en complément du régime français de sécurité sociale de l'Assuré.

Ces prestations ne peuvent dépasser le montant des frais restant à la charge de l'Assuré après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Si l'Assuré bénéficie de garanties de même nature auprès de plusieurs organismes assureurs, il peut obtenir le paiement des prestations en s'adressant à l'organisme de son choix.

Les prestations de l'Assureur sont calculées sur la base et selon les modalités d'application de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale. D'une manière générale, elles sont calculées sur les bases retenues par cet organisme, selon les mêmes règles que celui-ci, et ce, quel que soit le pays où les soins ont été effectués.

Les valeurs, lettres-clés et autres symboles utilisés se réfèrent à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels établie par l'arrêté du 27 mars 1972, à la Classification Commune des Actes Médicaux parue au Journal Officiel du 30 mars 2005 et du 26 août 2005, et aux modifications de ces textes intervenues et à intervenir.

2.7.3. Délai de paiement des prestations

Les frais de soins sont remboursés par l'Assureur dans les meilleurs délais et, en tout cas, dans le mois qui suit la remise des pièces justificatives.

A la demande soit de l'Assuré, soit de l'hôpital ou de la clinique, l'Assureur peut :

- confirmer à cet établissement qu'il prend en charge les frais de séjour,
 - régler directement la facture de l'hôpital ou de la clinique,
- dans la limite de la garantie.

QUAND CESSENT LES GARANTIES ?



2.8. CESSATION DES GARANTIES

En cas de résiliation, les frais de soins peuvent être remboursés pour les actes médicaux effectués avant la date d'effet de la résiliation, sauf si cette dernière résulte :

- **de l'omission ou de l'inexactitude dans la déclaration du risque,**
- **d'une fausse déclaration ou de la présentation de pièces falsifiées.**



3.1. LA SOUSCRIPTION

3.1.1. Informations à fournir

Lorsque le contrat vise l'application de la « Loi Madelin », l'adhésion est réservée aux personnes qui répondent aux critères définis par la Loi Madelin.

L'Adhérent doit fournir les attestations indiquant qu'il est à jour du versement de ses cotisations aux régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse fournies par les caisses d'assurance maladie et d'assurance vieillesse auxquelles il est affilié. Ces attestations sont recueillies par l'Assureur pour le compte de l'Association à laquelle elles sont destinées.

3.1.2. Prise d'effet

La garantie prend effet, après acceptation par l'Assureur, à la date qui figure au Certificat d'adhésion et au plus tôt le lendemain à zéro heure du paiement de la première cotisation.

Il en va de même pour toute modification ou adjonction de garantie.

3.1.3. Durée

L'assurance est conclue pour une première période allant jusqu'au 31 décembre de l'année qui suit une durée de 12 mois à compter de la date d'effet. Elle est ensuite reconduite annuellement par tacite reconduction.

L'Assureur ne peut mettre fin aux garanties dont un Assuré bénéficie, sauf :

- en cas de non-paiement des cotisations,
- de tromperie, réticence, omission,
- de déclaration incomplète, fausse ou inexacte, faite de mauvaise foi,
- si l'Assuré ou l'Adhérent le demande.

3.1.4. Échéance principale

L'échéance principale est fixée au 1^{er} janvier de chaque année.



3.2. EN COURS D'ADHÉSION

3.2.1. Modification de l'adhésion

Une modification de l'assurance ne peut avoir d'effet rétroactif.

L'adjonction d'un nouvel Assuré ou la majoration d'une garantie sont assujetties aux mêmes règles et conditions qu'une nouvelle adhésion. Elles sont énumérées à l'article 3.1. ci-dessus.

La diminution ou la suspension d'une garantie prend effet à l'échéance de la cotisation suivante.

3.2.2. Changement de situation

Il appartient à l'Adhérent ou à l'Assuré concerné, sous peine de déchéance, de signaler les changements dans la situation des Assurés :

- changement d'activité professionnelle même temporaire,
- changement de régime obligatoire,
- changement de domicile,
- inscription au chômage ou cessation d'activité, même temporaire,

ou s'il vient à être assuré par une garantie de même nature que l'une de celles dont il bénéficie au titre de la présente adhésion.

3.2.3. Conséquences du changement de situation

Si le changement constitue une aggravation du risque, sauf en ce qui concerne l'état de santé de l'Assuré, l'Assureur peut proposer une nouvelle cotisation. Faute d'acceptation par l'Adhérent dans les 30 jours de la proposition, l'adhésion serait résiliée au terme de ce délai.

Si le changement constitue une diminution du risque, l'Assureur diminue la cotisation. A défaut, l'Adhérent pourrait résilier moyennant un préavis de 30 jours.

Si, en raison du changement, l'Adhérent ne fait plus partie des personnes visées par la « Loi Madelin », l'Assureur lui délivre une des formules d'assurance qu'il pratique, dans les conditions définies à l'article 3.8. ci-après.



3.3. FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE

Une déclaration intentionnellement fautive ou incomplète, une réticence, une omission ou une inexactitude dans la déclaration des circonstances du risque entraînent l'application, suivant le cas, des sanctions prévues au Code des Assurances, c'est-à-dire la nullité de l'assurance, sa résiliation ou la réduction des prestations.



3.4. POSSIBILITÉS DE CONTRÔLE

Les dispositions ci-après visent plus particulièrement le champ d'application de l'article 2.6. « Exclusions », en cas de litige sur l'étendue de garantie.

3.4.1. Engagement de l'Assuré

L'Assuré s'engage à accepter le contrôle :

- **du médecin mandaté par l'Assureur pour expertise médicale notamment ;**

Si un Assuré refusait successivement de se soumettre au contrôle de deux médecins mandatés par l'Assureur, il serait déchu de tout droit aux prestations (sauf motifs impérieux dûment justifiés) ;

- **des mandataires de l'Assureur pour une mission d'information.**

Si un Assuré refusait ce contrôle, malgré la demande de l'Assureur 48 heures à l'avance par lettre recommandée, il serait déchu de tout droit aux prestations (sauf motifs impérieux dûment justifiés).

3.4.2. Déclarations médicales

Chaque Assuré doit fournir à l'Assureur, sur sa demande, tous renseignements complémentaires sur la maladie ou l'accident invoqués. L'Assureur peut notamment lui demander de répondre à un questionnaire ou de produire une attestation médicale.

Il appartient à l'Assuré de faire en sorte que les renseignements, questionnaires ou attestations d'ordre médical parviennent au médecin-conseil de l'Assureur.

Le versement des prestations est suspendu dans l'attente de la production des documents demandés.

En cas d'expertise médicale, l'Assuré autorise le médecin et l'expert mandaté à communiquer leur rapport et leurs conclusions :

- **au médecin-conseil de l'Assureur,**
- **au service de gestion des sinistres de l'Assureur,**
- **en cas de litige, à toute personne chargée de son règlement amiable ou contentieux.**

Dans ces hypothèses, l'Assuré renonce à se prévaloir d'une interdiction de communiquer liée au secret médical.

3.4.3. Fraude

Si un Assuré ou un bénéficiaire obtenait ou tentait d'obtenir des prestations non dues par des déclarations fausses ou la présentation de documents falsifiés, l'Assureur serait en droit de récupérer les prestations indues, de mettre fin immédiatement à la garantie de l'Assuré et, le cas échéant, de ses ayants droit, et de refuser toute prestation quelle que soit l'époque à laquelle elle se rapporte.



3.5. EXPERTISE MÉDICALE - MÉDIATION - ARBITRAGE

Lorsque l'Assureur mandate un médecin ou un mandataire, l'Assuré a la faculté de se faire assister par l'autorité de son choix.

3.5.1. Médiation

En cas de difficulté dans l'application des dispositions du présent contrat : l'assuré consulte d'abord son assureur conseil. Si des difficultés persistent, l'Assuré doit s'adresser au Service Réclamation Clients Covéa Risks - 19/21, allées de l'Europe - 92616 Clichy Cedex. Ce service aidera l'Assuré à rechercher une solution. Si un accord n'est pas ainsi trouvé, il est possible de demander un avis au médiateur. Le service Réclamations Clients transmettra alors ses coordonnées.

3.5.2. Arbitrage

En cas de difficulté, l'Assureur et l'Assuré s'engagent à s'en rapporter à une décision arbitrale. L'Assureur et l'Assuré désignent chacun leur arbitre; les arbitres ainsi choisis s'adjoignent un troisième arbitre et opèrent en commun à la majorité des voix.

Faute par l'une des parties de désigner un arbitre ou des deux parties de s'entendre sur le choix du troisième, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assureur.

Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée.

Dans tous les cas, chaque partie supporte les frais et honoraires du médecin ou de l'arbitre qui la représente.

Ceux du troisième et les frais de sa nomination sont supportés pour moitié par chacune des parties.



3.6. RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

L'adhésion peut être résiliée dans les cas ci-après :

3.6.1. par l'Adhérent

moyennant une lettre recommandée ou une déclaration faite contre récépissé au Siège de l'Assureur ou auprès de son mandataire :

- **au 31 décembre de chaque année, après une période minimale de 12 mois, moyennant un préavis de 2 mois ;**
- **en cas de changement de profession, de cessation définitive d'activité professionnelle ou de retraite professionnelle, si cette modification entraîne un changement de régime de sécurité sociale.**

L'Adhérent peut alors résilier dans les 3 mois suivant la date de changement, la résiliation prenant effet un mois après la notification à l'Assureur. Celui-ci rembourse la partie de cotisation annuelle échue correspondant à la période postérieure à la résiliation.

- **en cas de diminution du risque, si l'Assureur refuse de réduire la cotisation en conséquence.** La résiliation prend effet 30 jours après la notification par l'Adhérent ;
- **si l'Assureur résilie après sinistre un contrat de l'Adhérent.** L'Adhérent peut demander la résiliation de son adhésion dans les 30 jours qui suivent la notification de la résiliation du contrat sinistré. La résiliation prend effet 30 jours après la notification à l'Assureur ;
- **si l'Assureur modifie son tarif au-delà des dispositions prévues à l'article 4.1. ci-après.** L'Adhérent peut résilier dans les 15 jours suivant la date où il a eu connaissance de la modification, la résiliation prenant effet 30 jours après la notification à l'Assureur.

3.6.2. par l'Assureur

moyennant une lettre recommandée au dernier lieu connu de résidence en France de l'Adhérent :

- **en cas de non-paiement des cotisations.** L'Assureur a alors droit également à la partie de la cotisation annuelle échue correspondant à la période postérieure à la résiliation ;
- **s'il y a eu tromperie, omission ou inexactitude dans la demande d'adhésion, à la souscription ou en cours d'assurance.**

3.6.3. de plein droit, en cas de retrait de l'agrément de l'Assureur

3.6.4. Résiliation au cours d'une période d'assurance

Si la résiliation intervient au cours d'une période d'assurance, la part de cotisation relative à la période postérieure à la résiliation est remboursée sauf dans le cas de non-paiement visé par l'article 4.2.

3.6.5. Délai de préavis

Le délai de préavis d'une résiliation se décompte à partir de la date d'envoi de la notification, le cachet de la poste faisant foi.



3.7. CESSATION DES GARANTIES

En tout état de cause, les garanties cessent à zéro heure du jour :

- **d'expiration des délais indiqués à l'article 4.2. ci-après en cas de non-paiement des cotisations ;**
- **de la date d'effet de la résiliation de l'adhésion ;**
- **où l'Adhérent est radié de l'Association dans le cadre du présent contrat ;**
- **où l'Adhérent ne remplit plus les conditions exigées par la « Loi Madelin ».**



3.8. ASSURANCE INDIVIDUELLE EN CAS DE RADIATION

En cas de radiation d'un Assuré de l'Association, celui-ci peut se faire délivrer une formule d'assurance, choisie parmi celles pratiquées par l'Assureur.

Il suffit qu'il en fasse la demande écrite dans les 30 jours qui suivent la radiation.

Les garanties ne peuvent pas être plus élevées que celles dont l'Assuré bénéficiait à la date de la radiation.

L'Assureur renonce alors à toute limite d'âge et période d'attente éventuellement prévues pour la souscription de cette adhésion.

4 - Les cotisations



4.1. ÉVOLUTION DES COTISATIONS

Quelles que soient les garanties souscrites, la cotisation tient compte de l'âge de l'Assuré au moment de l'adhésion.

En cours d'adhésion, la cotisation évolue chaque année à l'échéance principale (1^{er} janvier) en fonction de l'âge de l'Assuré à cette date.

La cotisation est déterminée notamment en fonction :

- **du régime de sécurité sociale de l'Assuré.**

La cotisation est donc adaptée en cas de changement de régime ;

- **des modalités de calcul et des conditions d'attribution des prestations du régime de sécurité sociale de l'Assuré.**

En cas de modification de ces modalités ou conditions, la garantie est adaptée moyennant, le cas échéant, une nouvelle cotisation.

- **La cotisation varie en fonction d'un indice qui reflète la consommation médicale des Assurés de l'Assureur ayant les mêmes garanties que celles de la présente adhésion.**

Cet indice est calculé en fonction des éléments suivants :

- le montant total des prestations versées aux Assurés par l'Assureur dans deux semestres civils précédant l'échéance. Il s'agit des prestations versées aux Assurés ayant le même régime de sécurité sociale et les mêmes garanties que les Assurés au présent contrat ;
- ce montant est divisé par le nombre moyen des Assurés dans la même période, ayant le même régime de sécurité sociale et les mêmes garanties que celles assurées par le présent contrat.

La cotisation évolue selon la variation entre l'indice de souscription et l'indice d'échéance. La variation de cotisation due à l'indice s'applique à la première échéance de cotisation suivant la fluctuation intervenue.



4.2. PAIEMENT DES COTISATIONS - CONSÉQUENCES DU NON-PAIEMENT

4.2.1. La cotisation est payable annuellement d'avance, le cas échéant par fractions comme indiqué au certificat d'adhésion

La cotisation, y compris les compléments de cotisation, est payable par l'Adhérent à l'Assureur, ou au domicile du mandataire qu'il a éventuellement désigné à cet effet.

4.2.2. Conséquences du non-paiement

A défaut de paiement d'une cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'Assureur peut adresser à l'Adhérent une lettre recommandée de mise en demeure.

Celle-ci entraîne la suspension des garanties 30 jours plus tard.

Après un nouveau délai de 10 jours, l'Assureur peut résilier les garanties. En outre, il peut réclamer en justice le paiement des cotisations restant dues.

En cas de paiement du montant qui figure sur la lettre de mise en demeure, après suspension des garanties et avant résiliation, les garanties reprennent effet le lendemain du paiement à zéro heure.

Aucune prestation n'est due pour les soins et les hospitalisations pratiqués pendant la suspension des garanties, ni pour les suites de maladie, accident ou maternité médicalement constatés dans cette période ou qui y ont pris naissance.



5 - Autres dispositions



5.1. PRESCRIPTION

Toute action dérivant de la présente adhésion est prescrite par deux ans, à compter de l'événement qui y donne naissance, conformément aux articles L 114-1 et L 114-2 du Code des Assurances.



5.2. DÉCHÉANCE

Si l'Assureur subissait un préjudice en raison de la non-déclaration ou retard dans la déclaration, il appliquerait une déchéance du droit aux prestations, à l'exception des cas fortuits ou de force majeure.



5.3. SORT DES DOCUMENTS

L'Assureur conserve les documents qui lui sont fournis pour obtenir le versement des prestations.

Le coût d'établissement des attestations et certificats ainsi que les frais correspondants sont à la charge de l'Assuré.



5.4. MODIFICATION DE L'ADHÉSION - AVIS ET DÉCLARATIONS

Les demandes de modification, prolongation, suspension ou remise en vigueur des garanties, ainsi que les correspondances, avis et déclarations relatifs à celles-ci doivent être adressés au siège social de l'Assureur ou au domicile de son mandataire.

Ils peuvent aussi y être faits verbalement contre récépissé.

Si l'Adhérent ou l'Assuré omet d'aviser l'Assureur d'un changement de lieu de résidence, toute communication adressée par lettre recommandée au dernier lieu de résidence connu serait suivie d'effet dans les délais normaux, comme si la lettre recommandée avait été remise en main propre au destinataire.



5.5. VALIDITÉ

Sous réserve des dispositions de l'article L 112-3 du Code des Assurances, les renvois, dérogations et surcharges aux Dispositions Générales, Certificat d'adhésion ou tout autre document relatif au présent contrat ne pourront être opposés à l'Assureur que s'ils ont été expressément validés par sa Direction Générale ou tout mandataire de l'Assureur dûment accrédité pour ce faire.



5.6. LES CONTRATS SOUSCRITS PAR L'ASSOCIATION

Ils ont été souscrits auprès de l'Assureur.

Leur objet est de faire bénéficier les adhérents de l'Association souscriptrice et leurs ayants droit désignés, de garanties en cas de maladie, d'accident ou de maternité.

L'adhésion est régie par le présent document, le Certificat d'adhésion, ainsi que par le Code des Assurances.

Le Certificat d'adhésion précise notamment :

- le numéro de l'adhésion et du contrat,
- la ou les sociétés d'assurances qui couvrent les risques,
- l'Association qui a souscrit le contrat,
- l'Adhérent, membre de l'Association souscriptrice,

- les Assurés, ayants droit de l'Adhérent,
- les garanties choisies parmi celles proposées,
- la date de prise d'effet des garanties,
- les caractéristiques propres à certaines adhésions, et en particulier l'application du dispositif de la Loi Madelin.

La portée des garanties, les modalités de mise en œuvre et toutes autres dispositions utiles sont explicitées dans le présent document et au Certificat d'adhésion.

L'Adhérent est membre de l'Association indiquée au Certificat d'adhésion qui a souscrit le contrat Santessimo « Solidaire » auprès de l'Assureur pour son compte.

Les déclarations de l'Association et celles de l'Adhérent servent de base à l'adhésion.

5.6.1. Obligations du Souscripteur

Lors de l'adhésion, et tant que le contrat est en vigueur, l'Association s'oblige à :

- accomplir et veiller à ce que soient respectées les conditions d'admission des Assurés ;
- indiquer le cas échéant à l'Assureur les modifications intervenues dans la situation de chaque Adhérent ;
- **remettre à chaque Adhérent sur sa demande, un exemplaire des statuts de l'Association ainsi qu'un exemplaire du Contrat.**

5.6.2. Durée et Résiliation du contrat

Il est souscrit par l'Association et l'Assureur pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours.

Il est ensuite renouvelable par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année sauf avis de résiliation adressé par l'une ou l'autre des parties, au moins deux mois à l'avance, par lettre recommandée.

En cas de résiliation du contrat, l'Assureur en donnerait connaissance à l'Adhérent, au plus tard un mois avant la date d'effet.

L'Adhérent pourrait alors utiliser la faculté de souscription individuelle définie à l'article 3.8.

5.6.3. Utilisation des résultats

A la fin de chaque exercice, l'Assureur établit un compte de résultats. Sur celui-ci figurent :

▪ au crédit

- les cotisations acquises à l'exercice,
- les provisions techniques, y compris les provisions pour sinistres à payer constituées au 31 décembre de l'exercice précédent.

▪ au débit

- le montant des sommes réglées pendant l'exercice en raison des sinistres,
- les provisions techniques, y compris les provisions pour sinistres à payer constituées au 31 décembre de l'exercice,
- les frais de gestion et de commercialisation,
- éventuellement, le solde débiteur des exercices précédents.

▪ **Si le solde du compte de résultats est débiteur**, l'Association et l'Assureur conviennent des dispositions à prendre pour réaliser l'équilibre du contrat, telles que l'ajustement des cotisations ou garanties par exemple.

▪ **Si le solde du compte de résultats est créditeur**, après déduction d'un montant au plus égal à 4 % des cotisations acquises à l'exercice, il est affecté conformément à la législation en vigueur à la provision pour égalisation.

Annexe : Assistance Santé Services Plus

1 - Dispositions générales



Prestations d'Assistance et d'Accompagnement Santé



1.1. OBJET

SANTÉ SERVICES PLUS est un ensemble de garanties dont bénéficient les Assurés quand surviennent un problème, une interrogation, une préoccupation liés à un événement relatif à leur santé.

SANTÉ SERVICES PLUS comprend des prestations

- au domicile de l'Assuré ;
- pendant une hospitalisation ;
- au cours d'un déplacement privé ou professionnel, séjour inclus.



1.2. DÉFINITIONS

Adhérent

Toute personne physique ou morale qui adhère au contrat.

Assuré

Toute personne physique désignée au certificat d'adhésion.

Assureur

Assurances Mutuelles de France

Les opérations techniques de SANTÉ SERVICES PLUS sont confiées à FIDELIA ASSISTANCE - 27 Quai CARNOT - BP 550 - 92212 SAINT-CLOUD CEDEX - Tél. 01 47 11 70 00

Billet de transport

Sauf pour l'assistance médicale (article 2.5.1.), lorsque SANTÉ SERVICES PLUS prend en charge les frais de transport, il s'agit de billets de chemin de fer 1^{ère} classe, ou de billets d'avion si le voyage en train dure plus de 5 heures.

Enfants, petits-enfants

Il s'agit des enfants âgés de moins de 16 ans.

Équipe d'accompagnement santé

L'équipe composée d'accompagnateurs santé, encadrés par des médecins organisateurs-conseils, à qui l'Assuré s'adresse pour obtenir la mise en œuvre des garanties.

Immobilisation

L'état consécutif à une maladie ou à un accident entraînant une incapacité de se déplacer.

Intervenant

Le professionnel qui exécute la prestation choisie et engagée par l'Assuré : professionnel de santé, établissement de santé, maison de retraite, fournisseur d'équipement ou de confort santé, ambulancier, structure d'aide à la personne, structure de protection des biens ou de garde des animaux.

Proche

La personne choisie par l'Assuré, membre de sa famille ou non, résidant en France métropolitaine.



1.3. TERRITORIALITÉ

SANTÉ SERVICES PLUS intervient dans le monde entier.

Si l'Assuré est domicilié dans un département d'outre-mer, les garanties au domicile s'appliquent exclusivement à :

- la garde des enfants pendant 48 heures, prévue au premier alinéa de l'article 2.2.1.
- la location d'un téléviseur pendant une hospitalisation, prévue à l'article 2.2.3.
- l'aide ménagère après une hospitalisation de plus de 8 jours, prévue au premier alinéa de l'article 2.2.7.

L'aide et les conseils personnalisés de l'équipe d'accompagnement santé prévus à l'article 2.2.10 s'appliquent en France métropolitaine exclusivement.

2 - Étendue des garanties



2.1. INFORMATION

En réponse aux interrogations de l'Assuré, **l'équipe d'accompagnement santé**

- **DÉLIVRE** des conseils en matière de :
 - ✓ **Prévention** (dépiages, vaccinations, contagions...);
 - ✓ **Confort santé** (nutrition, asepsie, pratique de sport...);
 - ✓ **Sauvegarde** (mesure à prendre avant toute action médicale...);
 - ✓ **Médecine de voyage** (précautions sanitaires et comportementales avant, pendant et après le voyage ; obligations en matière de vaccins, ...).
- **COMMUNIQUE** des informations générales sur les pathologies.



2.2. GARANTIES AU DOMICILE SANS LIMITE D'ÂGE

2.2.1. En cas d'hospitalisation, d'immobilisation à domicile ou de décès, de l'Assuré ou de son conjoint

Si l'Assuré ne peut effectivement s'occuper de ses enfants **âgés de moins de 16 ans** vivant à son domicile et si aucune autre personne n'est à même de s'en occuper, **SANTÉ SERVICES PLUS**

- organise et prend en charge leur garde pendant **48 heures** ;
- organise et prend en charge leur transfert chez un proche, ou s'il préfère, organise et prend en charge la venue d'un proche pour garder les enfants.

SANTÉ SERVICES PLUS intervient dans les mêmes conditions pour le retour chez leurs parents des petits-enfants se trouvant au domicile de l'Assuré.

Ces transferts et la venue d'un proche sont pris en charge uniquement en France métropolitaine.

2.2.2. En cas d'hospitalisation supérieure à 24 heures ou d'immobilisation au domicile supérieure à 48 heures

Par suite d'accident ou de maladie soudaine de la personne déclarée en charge des enfants âgés de moins de 16 ans, SANTÉ SERVICES PLUS organise et prend en charge :

- soit la présence d'une personne qualifiée pour garder les enfants au domicile de l'Assuré **pendant 5 jours ouvrés consécutifs** à concurrence de **30 heures**,
- soit le transport aller/retour d'un proche résidant en France métropolitaine pour garder les enfants au domicile de l'Assuré,
- soit le transfert des enfants jusqu'au domicile d'un proche résidant en France métropolitaine.

Cette garantie suppose que la personne qui garde habituellement les enfants soit déclarée.

Elle ne peut d'ailleurs s'exercer qu'à concurrence du nombre d'heures effectuées par cette personne.

2.2.3. Location d'un téléviseur

En cas d'hospitalisation de l'Assuré, SANTÉ SERVICES PLUS rembourse la location d'un téléviseur facturé par l'établissement, à concurrence de **155 €** par séjour.

2.2.4. Garde d'animaux familiers

En cas d'hospitalisation de l'Assuré, SANTÉ SERVICES PLUS organise la garde à l'extérieur ou l'entretien à domicile de ses animaux familiers et prend en charge son coût jusqu'à **230 €** par séjour.

SANTÉ SERVICES PLUS ne peut intervenir que pour les **animaux usuellement considérés comme familiers** (par exemple chiens, chats, oiseaux ou poissons).

2.2.5. Transmission de messages

En cas d'hospitalisation de l'Assuré, SANTÉ SERVICES PLUS se charge de transmettre gratuitement, et par les moyens les plus rapides, les messages de l'Assuré ou les indications qu'il souhaite sur son état de santé.

Cette transmission, effectuée sous la responsabilité de l'Assuré, ne peut porter que sur un message clair et explicite qu'il est dans l'incapacité d'adresser lui-même, avec indication précise des nom, prénom et adresse complète (éventuellement numéro de téléphone) de la personne à contacter.

2.2.6. Transport d'un proche

En cas d'hospitalisation supérieure à 8 jours de l'Assuré, SANTÉ SERVICES PLUS :

- organise et prend en charge le transport d'un proche jusqu'à la ville où se trouve l'établissement hospitalier ;
- lui rembourse ses frais d'hôtel sur place jusqu'à **69 €** par nuit, avec un maximum de **383 €** par séjour, les **frais de restauration étant exclus.**

2.2.7. Aide ménagère

2.2.7.1. Au retour au domicile après hospitalisation de plus de 8 jours, en cas d'immobilisation à domicile de plus de 8 jours ou en cas de décès, de l'Assuré ou de son conjoint

SANTÉ SERVICES PLUS prend en charge la rémunération d'une aide ménagère à concurrence de **20 heures** dans les 8 jours qui suivent l'événement, avec un maximum de **230 €** au total.

2.2.7.2. En cas de naissance multiple

Quelle que soit la durée du séjour en maternité, SANTÉ SERVICES PLUS met à disposition, **au domicile de l'Assurée,**

- **une aide maternelle** à concurrence de **4 heures maximum** au cours des **5 jours ouvrés** qui suivent la sortie de la maternité.
Cette personne qualifiée aide l'Assurée à s'organiser en lui rappelant notamment les principes essentiels relatifs aux soins de ses bébés.

- **une aide ménagère** à concurrence de **20 heures** pendant les 15 jours qui suivent la sortie de la maternité.

2.2.7.3. En cas de traitement entraînant des séances de chimiothérapie et/ou de radiothérapie, en milieu hospitalier de plus de 24 heures

SANTÉ SERVICES PLUS met à la disposition de l'Assuré ou de son conjoint une **aide ménagère** pendant les 6 jours qui suivent son retour à domicile **à concurrence de 4 heures par jour.**

2.2.8. Acheminement des médicaments la nuit, les samedis, dimanches et jours fériés

Sur appel de l'Assuré la nuit, les samedis, dimanches et jours fériés, SANTÉ SERVICES PLUS organise et prend en charge l'acheminement de médicaments à son domicile, à condition que ceux-ci soient disponibles dans **un rayon de 50 km autour du domicile.**

Ces médicaments doivent être indispensables au traitement immédiat de l'Assuré (selon prescription médicale), alors qu'il est dans l'incapacité physique de se déplacer à la suite d'une maladie ou d'un accident et ne peut faire intervenir aucun membre de son entourage.

Le coût des médicaments y compris le surcoût dû au jour et à l'heure de l'intervention, est à la charge de l'Assuré.

2.2.9. Urgence

L'équipe d'accompagnement santé est à la disposition de l'Assuré 24 h/24 pour le conseiller et l'aider.

En l'absence de son médecin traitant, SANTÉ SERVICES PLUS l'aide, dans toute la mesure du possible, à trouver un médecin à proximité immédiate, organise si nécessaire le transport en ambulance jusqu'à l'hôpital le plus proche et alerte l'établissement.

Lors du retour au domicile, SANTÉ SERVICES PLUS organise le transport si le recours à une ambulance est nécessaire.

2.2.10. Aide et conseils personnalisés de l'équipe d'accompagnement santé

A l'écoute des Assurés du lundi au vendredi de 9h à 17h et bien sûr 24h/24, 7 jours sur 7 en cas d'urgence, **l'équipe d'accompagnement santé :**

■ **Fournit des indications administratives et financières :**

- **des informations** sur les différentes possibilités de couverture et de prise en charge en matière d'assurance maladie, invalidité, décès... ;
- **des indications** sur les modalités de prise en charge ainsi que sur les organismes intervenant dans le cadre de la dépendance et du handicap ;
- **des renseignements** sur les voies de recours possibles suite à un refus de prise en charge.

■ **Recherche et indique un médecin spécialiste** pour défendre le cas de l'Assuré lorsqu'une expertise est déclenchée par un organisme payeur.

■ **Propose des solutions adaptées à chaque cas particulier posé,** les estime financièrement et aide l'Assuré dans ses choix d'intervenants.

■ **Organise, met en œuvre et suit les actions choisies par l'Assuré :**

Gestion de l'échéancier médical de l'Assuré en enregistrant les opérations prescrites dans le temps (consultations, analyses, ...) et en le rappelant une dizaine de jours avant chaque échéance.

- **En cas d'immobilisation à domicile :**
 - recherche des spécialistes pour faire établir des devis en vue de l'adaptation éventuelle du logement ;
 - donne des renseignements sur les fournisseurs de matériel spécialisé, d'adaptateur sur véhicules, sur les associations ;
 - s'occupe de la prise de rendez-vous si nécessaire ;
 - intervient dans la recherche et l'organisation de services non proposés dans le cadre de l'hospitalisation à domicile, tels que soins médicaux ou esthétiques, portage des repas.
- **En cas d'immobilisation chez un proche ou d'hospitalisation :**
 - organise le transfert médicalisé ou non ;
 - réceptionne les messages téléphoniques à la demande de l'Assuré ;
 - met en place la garde des animaux familiers et la protection du domicile de l'Assuré.

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

2.2.11. En cas d'agression caractérisée

Si l'Assuré est victime d'une agression caractérisée au domicile ou à l'extérieur de son domicile, SANTÉ SERVICES PLUS prend en charge, **à concurrence de 50 € TTC**, une course en taxi vers l'hôpital ou le médecin le plus proche ou vers le commissariat ou la gendarmerie.

2.2.12. Aide au déménagement d'un étudiant

Si l'Assuré étudiant doit impérativement quitter son lieu de résidence à la suite d'un changement d'établissement dû à son cursus en enseignement supérieur, SANTÉ SERVICES PLUS prend en charge la location d'un véhicule utilitaire se conduisant avec le permis B, afin de permettre à l'étudiant d'effectuer son déménagement en France métropolitaine.

Pour bénéficier de cette garantie, l'Assuré étudiant doit remplir toutes les conditions usuellement demandées par le loueur, notamment en matière de permis de conduire.

Si ces conditions ne sont pas satisfaites SANTÉ SERVICES PLUS accepte qu'un proche parent de l'Assuré étudiant, répondant aux conditions du loueur, conduise le véhicule.

Cette prise en charge est limitée à **306 € TTC et à une intervention par année universitaire.**



2.3. GARANTIES AU DOMICILE BÉNÉFICIAINT AUX ASSURÉS DE MOINS DE 16 ANS

2.3.1. Hospitalisation d'un enfant

Si un enfant de l'Assuré est hospitalisé et que le séjour à ses côtés, à l'hôpital ou en clinique, de sa mère ou de son père est de nature à favoriser le traitement, SANTÉ SERVICES PLUS organise et prend en charge les frais d'hébergement de ce parent en lit d'accompagnant jusqu'à **155 €** par année d'assurance.

L'intervention de SANTÉ SERVICES PLUS est subordonnée aux règles en vigueur dans l'hôpital ou la clinique et aux disponibilités de l'établissement.

2.3.2. Garde des enfants malades

Lorsque le médecin traitant estime que **l'état de santé d'un enfant de l'Assuré nécessite la présence d'une personne à son chevet**, et que ni l'Assuré, ni son conjoint ou concubin ne peuvent assurer cette tâche, SANTÉ SERVICES PLUS fournit une aide maternelle et prend en charge sa rémunération pendant **48 heures**.

L'appréciation du médecin doit être confirmée par l'envoi ultérieur d'un certificat médical établi **avant** l'appel à SANTÉ SERVICES PLUS.

La mise à disposition d'une aide maternelle et la prise en charge de sa rétribution ne peuvent dépasser **trois** interventions par année civile pour chaque enfant.

2.3.3. École à domicile

Lorsque le médecin traitant estime que **l'état de santé d'un enfant de l'Assuré l'oblige à garder le lit par suite de maladie ou d'accident** et que cette obligation entraîne une absence scolaire supérieure à 15 jours SANTÉ SERVICES PLUS fournit une aide pédagogique à partir du 16^{ème} jour.

Pour cela, SANTÉ SERVICES PLUS recherche et prend en charge un répétiteur se déplaçant au domicile de l'Assuré pour donner à l'enfant des cours dans les matières principales, à raison de **15 heures par semaine au maximum** et jusqu'à la fin de l'année scolaire en cours si nécessaire.

Cette aide pédagogique s'adresse exclusivement aux enfants scolarisés en France métropolitaine et n'ayant pas dépassé la classe de 3^{ème}. Elle ne peut être fournie qu'une fois par année scolaire pour chacun des enfants et est subordonnée à l'existence d'un ou plusieurs répétiteurs dans un rayon de 25 km du domicile de celui-ci.

2.3.4. Conseils pédagogiques et psychologiques

Si un enfant de l'Assuré manifeste un rejet de son environnement social (drogue, fugue, dépression...), **l'équipe d'accompagnement Santé** répond aux questions de l'Assuré et lui procure un conseil socio pédagogique et psychologique adapté.

Ces conseils sont à sa disposition du lundi au vendredi, de 9 h à 17 h et, bien sûr, 24 h/24, 7 jours/7 en cas d'urgence.

2.3.5. Transport domicile école

Si, à la suite d'un accident, un enfant de l'Assuré est provisoirement handicapé et ne peut se rendre à l'école seul par ses propres moyens de transports habituels, SANTÉ SERVICES PLUS organise et prend en charge le transport médicalement justifié en véhicule sanitaire ou en taxi du domicile à l'établissement scolaire.

La prise en charge est limitée à **2 fois par jour, au maximum pendant 1 mois**, à compter du 1^{er} jour de l'intervention, et à **une intervention par année scolaire**.



2.4. GARANTIES AU DOMICILE BÉNÉFICIAIRE AUX ASSURÉS DE 60 ANS ET PLUS

2.4.1. Prestations en cas d'immobilisation au domicile avec présence nécessaire d'une garde-malade

Si le médecin traitant estime que, à la suite d'une maladie non chronique ou d'un accident, ou bien au retour d'une hospitalisation, l'Assuré ne peut rester temporairement à son domicile sans la présence d'une garde-malade, SANTÉ SERVICES PLUS :

- fournit une garde-malade et prend en charge sa rémunération à concurrence de **10 heures par jour pendant 5 jours** ;
- fournit une aide ménagère et prend en charge sa rémunération, à concurrence de **20 heures en 5 jours, avec un maximum de 230 €** ;
- organise et prend en charge le transport d'un proche jusqu'à la ville du domicile de l'Assuré. SANTÉ SERVICES PLUS lui rembourse également ses frais d'hôtel sur place jusqu'à **69 € par nuit**, avec un maximum de **383 € pour la durée du séjour, les frais de restauration étant exclus**.

L'appréciation du médecin traitant doit être confirmée par l'envoi ultérieur à SANTÉ SERVICES PLUS d'un certificat médical établi avant l'appel à SANTÉ SERVICES PLUS et précisant que l'Assuré ne peut rester au domicile sans garde-malade.

La mise à disposition d'une garde-malade et d'une aide ménagère, ainsi que la prise en charge de leur rétribution, ne peuvent dépasser **trois interventions par année civile et par personne**.

La prise en charge du transport d'un proche et de ses frais de séjour ne peut dépasser **une intervention par année civile**.

2.4.2. Répondeur téléphonique

Si l'Assuré est absent de son domicile par suite d'hospitalisation ou de convalescence, due à une maladie ou un accident, SANTÉ SERVICES PLUS fait installer un répondeur téléphonique au domicile et prend en charge les frais d'installation et de location de ce répondeur **pendant un mois**.

2.4.3. Télé Assistance

Si l'Assuré se trouve isolé pendant **sa convalescence après une hospitalisation de longue durée (supérieure à 15 jours)** SANTÉ SERVICES PLUS met gracieusement à sa disposition un appareil de Télé Assistance pendant une **durée de 3 mois**.

Au-delà de cette période, et à la **demande de l'Assuré**, SANTÉ SERVICES PLUS peut prolonger cette mise à disposition à un tarif d'abonnement préférentiel.

2.4.4. Recherche de médicaments

Si l'Assuré ne peut temporairement se déplacer, à la suite d'une maladie non chronique ou d'un accident, SANTÉ SERVICES PLUS lui envoie l'un de ses correspondants pour chercher les médicaments prescrits par son médecin lors d'une visite.

Le coût des médicaments n'est pas à la charge de SANTÉ SERVICES PLUS.



2.5. GARANTIES EN DÉPLACEMENT

2.5.1. Assistance médicale

2.5.1.1. Dès que l'un des médecins de SANTÉ SERVICES PLUS est informé qu'un Assuré est malade ou blessé, il se met en rapport avec le médecin qui a donné les premiers soins et avec tout autre praticien dont l'avis est nécessaire.

Après examen de la situation, le médecin de SANTÉ SERVICES PLUS propose les solutions qui lui paraissent le mieux adaptées à l'état de santé de l'Assuré, par exemple :

- le rapatriement par le moyen de transport le plus approprié ;
- le transfert vers un centre hospitalier mieux adapté, avec organisation ultérieure du retour au domicile ;
- la poursuite du traitement sur place, avec possibilité de rapatriement ultérieur.

La prise en charge du transport est subordonnée à l'accord préalable du médecin de SANTÉ SERVICES PLUS et le transfert à l'accord de l'Assuré ou de la personne qui le représente.

Dès l'accord de l'Assuré, ou de la personne qui le représente, SANTÉ SERVICES PLUS met en œuvre la solution qui a été adoptée et prend intégralement en charge les frais correspondants.

2.5.1.2. Le transfert ou le rapatriement s'effectue par :

- avion sanitaire ;
- avion de ligne régulière ;
- chemin de fer, dans les meilleures conditions compte tenu des possibilités locales ;
- ambulance ou véhicule sanitaire léger ;
- le véhicule de l'Assuré, conduit par un chauffeur qualifié envoyé par SANTÉ SERVICES PLUS avec ou sans accompagnateur, celui-ci pouvant être médecin ou non.

SANTÉ SERVICES PLUS se charge non seulement du transfert ou du rapatriement, mais réserve aussi un lit auprès du service hospitalier choisi et accueille l'Assuré à son arrivée.

2.5.1.3. Si, lors d'un déplacement, l'Assuré est malade ou accidenté et que son état ou les circonstances l'exigent

SANTÉ SERVICES PLUS envoie une équipe médicale sur place, afin de mieux juger des mesures à prendre et de les organiser.

2.5.1.4. Les frais d'évacuation sur et hors pistes de ski sont pris en charge jusqu'à 155 € pour les accidents survenus en France. Les frais d'évacuation sur pistes de ski sont pris en charge jusqu'à 155 € pour les accidents survenus à l'étranger.

2.5.2. Immobilisation à l'hôtel

Si l'Assuré ne peut entreprendre son retour à la date initialement prévue à la suite d'une maladie ou d'une blessure et subit de ce fait des frais de prolongation de séjour à l'hôtel, SANTÉ SERVICES PLUS prend ces frais en charge jusqu'à 69 € par jour, avec un maximum de 690 € au total, ainsi que ceux de la personne demeurant au chevet de l'Assuré pour un montant identique.

Les frais de nourriture et annexes ne sont pas pris en charge.

L'Assuré doit obtenir l'accord préalable du médecin de SANTÉ SERVICES PLUS pour retarder la date de son retour.

2.5.3. Mise à disposition d'un chauffeur

2.5.3.1. Si l'Assuré a fait l'objet d'un transfert ou d'un rapatriement médical

Et que sa famille est restée sur place avec son véhicule, sans pouvoir revenir au domicile par ses propres moyens, l'équipe d'accompagnement santé envoie un chauffeur qualifié pour la ramener.

SANTÉ SERVICES PLUS prend également en charge la rémunération ainsi que les frais de restauration et d'hôtel du chauffeur.

Il en va de même lorsque l'Assuré, malade ou blessé, n'est pas en état de conduire, mais peut voyager dans son véhicule selon l'appréciation du médecin de SANTÉ SERVICES PLUS.

2.5.3.2. L'intervention de SANTÉ SERVICES PLUS ne peut s'effectuer que si le véhicule est en parfait état de fonctionnement et ne présente pas d'anomalie en infraction au code de la route.

La consommation du véhicule, les frais de péage et de traversée par bateau ou par bac sont à la charge de l'Assuré.

2.5.4. Retour des personnes accompagnant l'Assuré

2.5.4.1. En cas de rapatriement médical de l'Assuré

SANTÉ SERVICES PLUS fournit à la personne qui accompagnait celui-ci dans son déplacement un billet de retour à son domicile en France métropolitaine.

2.5.4.2. Si l'Assuré était accompagné par des enfants et que son état de santé ne lui permet plus de s'occuper d'eux

SANTÉ SERVICES PLUS fournit à un proche un billet aller et retour pour chercher les enfants et les ramener à leur domicile en France métropolitaine, ainsi que les billets de retour pour ceux-ci.

Si aucun proche n'est disponible, l'équipe d'accompagnement santé envoie une hôtesse pour ramener les enfants et les confier à la garde de la personne qui lui aura été désignée.

2.5.5. Transport d'un proche

Lorsque l'Assuré voyage seul et que son état de santé ne permet pas un transport sanitaire, différant ainsi son rapatriement de plus de 8 jours, SANTÉ SERVICES PLUS fournit à un proche un billet aller et retour pour se rendre auprès de l'Assuré.

SANTÉ SERVICES PLUS lui rembourse également ses frais d'hôtel sur place jusqu'à **69 €** par nuit, avec un maximum de **383 €** pour la durée du séjour, **les frais de restauration étant exclus**.

2.5.6. Retour prématuré

Si, au cours d'un séjour ou d'un déplacement, l'Assuré est informé d'une maladie ou d'un accident grave, ou du décès de son conjoint, concubin, enfant, père ou mère, frère ou sœur, SANTÉ SERVICES PLUS lui fournit un billet aller et retour pour se rendre auprès de cette personne ou au lieu d'inhumation, en France métropolitaine.

2.5.7. En cas de décès

SANTÉ SERVICES PLUS organise le rapatriement du corps de l'Assuré jusqu'au lieu d'inhumation en France métropolitaine et prend en charge :

- les frais de transport, d'embaumement et les frais administratifs correspondants ;
- les frais de cercueil standard conforme aux règlements internationaux pour permettre le transport ;
- le retour en France métropolitaine de la personne et des enfants qui voyageaient avec l'Assuré décédé.

2.5.8. Transmission de messages

Lorsque l'Assuré est en déplacement et qu'un message doit parvenir soit à lui-même, soit à l'un de ses proches, SANTÉ SERVICES PLUS fait le nécessaire, dans la limite des possibilités techniques, pour que ce message parvienne à son destinataire.

2.5.9. Frais de rapatriement

Lorsque SANTÉ SERVICES PLUS prend en charge un transfert ou un rapatriement au titre des articles 2.5.1.1, 2.5.4 ou 2.5.7. et que les personnes qui en bénéficient avaient un titre de transport, il leur appartient de se le faire rembourser à leur retour et d'en reverser le montant à SANTÉ SERVICES PLUS.



2.6. GARANTIES ADDITIONNELLES À L'ÉTRANGER

2.6.1. Recherche de médicaments à l'étranger

Si l'Assuré suit un traitement, ou à la demande d'un médecin local, SANTÉ SERVICES PLUS met tout en œuvre pour rechercher à l'étranger les médicaments équivalents à ceux prescrits en France et, en cas d'impossibilité, pour lui envoyer ces médicaments.

2.6.2. Frais de soins à l'étranger

2.6.2.1. En cas d'accident ou d'affection inopinée :

SANTÉ SERVICES PLUS rembourse les frais médicaux de l'Assuré, à partir de 30 € pendant un déplacement ou un séjour à l'étranger, lorsqu'ils sont dus à un accident ou à une affection inopinée survenant au cours du voyage ou du séjour.

Cette franchise de 30 € ne s'applique pas en cas d'hospitalisation.

Les frais médicaux, qu'il s'agisse d'honoraires, de médicaments ou d'une hospitalisation, y compris les frais chirurgicaux, sont pris en charge jusqu'à **8 000 €** par voyage et par Assuré (jusqu'à **12 250 €** si les soins sont effectués aux États-Unis, au Canada ou au Japon).

Il suffit à l'Assuré de fournir, à son retour, les copies des factures, les décomptes de son organisme de sécurité sociale et de sa garantie complémentaire.

Les soins doivent avoir été médicalement prescrits et l'hospitalisation être **signalée dans les 48 heures**, sauf cas de force majeure. Les soins dentaires peuvent être remboursés à concurrence de **155 €**.

L'équipe d'accompagnement santé est également à la disposition de l'Assuré pour lui venir en aide s'il est confronté à des difficultés pour consulter à l'étranger.

2.6.2.2. Règlement des frais médicaux :

Sur demande de l'Assuré et dans les mêmes limites, SANTÉ SERVICES PLUS peut régler les frais médicaux sur place pendant son voyage ou son séjour.

A son retour en France, l'Assuré reverse à SANTÉ SERVICES PLUS les prestations de son organisme de sécurité sociale et de sa garantie complémentaire relatives à ces frais.

2.6.3. Avance de caution pénale à l'étranger

SANTÉ SERVICES PLUS verse à concurrence de **8 000 €**, les cautions exigées par les autorités étrangères pour remettre l'Assuré en liberté ou éviter son incarcération à la suite de poursuites pénales engagées contre lui, **sauf en cas de crime, délit ou infraction d'ordre financier ou fiscal.**

Le montant de la caution ainsi avancé, est remboursé par l'Assuré à SANTE SERVICES PLUS dans les 45 jours qui suivent le versement.

2.6.4. Défense en justice à l'étranger

SANTÉ SERVICES PLUS met un homme de loi à la disposition de l'Assuré pour le remettre en liberté ou éviter son incarcération, **sauf en cas de crime, délit ou infraction d'ordre financier ou fiscal.** Les honoraires de cet homme de loi sont pris en charge par SANTE SERVICES PLUS à concurrence de **770 €**.



2.7. ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE

SANTÉ SERVICES PLUS intervient lorsque l'Assuré est victime d'un traumatisme psychologique provoqué par une maladie grave, un accident ayant entraîné une atteinte corporelle, une agression physique ou le décès d'un proche parent ainsi que par une maladie grave du conjoint, des ascendants et descendants au 1^{er} degré.

SANTÉ SERVICES PLUS intervient aussi lorsque l'Assuré est victime d'un traumatisme psychologique provoqué par le fait d'avoir assisté à un événement accidentel corporel ou un acte de violence tels qu'un acte de terrorisme ou une attaque à main armée.

2.7.1. Accueil psychologique

SANTÉ SERVICES PLUS met à la disposition de l'Assuré, par un entretien téléphonique, une équipe de psychologues assistants destinés à lui apporter un soutien moral.

2.7.2. Consultation psychologique

A l'issue de l'entretien téléphonique, si le psychologue assistant en pressent la nécessité, l'Assuré est orienté vers un psychologue clinicien pour un entretien téléphonique d'une durée moyenne de 45 minutes.

SANTÉ SERVICES PLUS prend en charge le coût de cette consultation.

2.7.3. Suivi psychologique

A la suite de cette première consultation et selon le diagnostic établi, l'Assuré peut bénéficier de **3 nouvelles consultations au maximum** effectuées

- soit par téléphone auprès du même psychologue clinicien,
- soit au cabinet d'un des psychologues cliniciens agréés par SANTÉ SERVICES PLUS, proche du domicile de l'Assuré ou, sur demande auprès du psychologue de son choix.

SANTÉ SERVICES PLUS prend en charge le coût des consultations.

Dans le cas d'un suivi chez un psychologue du choix de l'Assuré, SANTÉ SERVICES PLUS rembourse, sur justificatif, **3 consultations au maximum dans la limite de 40 € par consultation.**

Dans tous les cas, les frais de transport pour se rendre chez le psychologue restent à la charge de l'Assuré.

2.7.4. Limitations et Exclusions

Les prestations « **consultation psychologique** » et « **suivi psychologique** » sont **limitées à 2 événements traumatisants** par Assuré et par année d'assurance.

Pour chacune de ces prestations, la garantie n'intervient pas :

- **pour un événement accidentel antérieur de 6 mois à la demande d'assistance ;**
- **pour un suivi psychologique alors que l'Assuré est déjà en traitement auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue ;**
- **dans le cas d'une décompensation psychique grave nécessitant une hospitalisation en milieu spécialisé ;**
- **pour les consultations et le suivi psychologique en dehors de la France métropolitaine.**



2.8. ASSISTANCE PERTE D'EMPLOI

Cette garantie est réservée aux adhérents salariés assurés, âgés de 25 à 57 ans inclus, domiciliés et établis en France métropolitaine et inscrits auprès de l'ANPE.

2.8.1. Frais d'hôtel en cas d'entretien d'embauche

Si l'Assuré est au chômage **depuis plus de 3 mois** et qu'il doit se rendre à un entretien d'embauche en France métropolitaine à plus de **200 km de son domicile et avant 12 heures**, SANTÉ SERVICES PLUS prend en charge les frais d'hôtel supportés par l'Assuré la veille du jour de son entretien.

Ces frais (hôtel et petit déjeuner) sont remboursés **à concurrence de 70 €**.

Cette garantie **est limitée à 3 interventions par année civile**.

2.8.2. Frais de déplacement en cas d'entretien d'embauche

Si l'Assuré est au chômage **depuis plus de 3 mois** et qu'il doit se rendre à un entretien d'embauche en France métropolitaine à plus de **200 km de son domicile**, SANTÉ SERVICES PLUS rembourse les frais de déplacement qu'il a supportés pour l'entretien d'embauche.

Le remboursement est calculé sur la base d'un titre de transport SNCF de 2^{ème} classe.

Il est limité à 100 € par intervention avec un maximum de 3 interventions par année civile.



2.9. ASSISTANCE DÉPENDANCE

2.9.1. Bilan médical et de vie quotidienne

Le bilan est établi par l'intermédiaire d'une grille d'évaluation permettant de mieux connaître la personne dépendante (habitudes de vie, environnement familial, capacité à réaliser les actes de la vie courante, état de santé ...).

Ce bilan se fait par téléphone et a pour but de constater l'état et le degré de dépendance.

Si l'Assuré ne peut répondre à ce questionnaire, SANTÉ SERVICES PLUS se met en relation avec sa famille et le médecin traitant.

Les garanties d'Assistance Dépendance, définies ci-après de l'article 2.9.2. à l'article 2.9.4, sont acquises à l'Assuré si, au terme de ce bilan, il est considéré être dans le groupe iso ressource de dépendance intitulé GIR 2 de la grille nationale prévue par le décret d'application du 20 novembre 2001 de la loi du 20 juillet 2001. Par définition, la classification GIR 2 concerne :

- Les personnes confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ou,
- Les personnes dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leur capacité à se déplacer.

2.9.2. Adaptation du domicile

SANTÉ SERVICES PLUS organise et prend en charge, **à concurrence de 500 € au maximum** par Assuré, l'intervention d'un spécialiste (ergothérapeute ou autre) qui prépare l'adaptation du logement.

Il est à la disposition de l'Assuré dans les domaines suivants :

- Conseils sur l'adaptation du logement,
- Aide et conseil sur l'interprétation du devis des prestataires et des types de travaux proposés,
- Renseignements sur les fournisseurs de matériel spécialisé, adaptateur sur véhicule, associations ...

2.9.3. Coiffeur à domicile

SANTÉ SERVICES PLUS recherche et prend en charge la venue d'un coiffeur à domicile pour l'Assuré dépendant. Cette prise en charge ne peut excéder par Assuré dépendant **6 visites avec un maximum de 180 €** par année civile.

2.9.4. Pédicure à domicile

SANTÉ SERVICES PLUS recherche et prend en charge la venue d'un pédicure à domicile.

Cette prise en charge ne peut excéder par Assuré dépendant **6 visites avec un maximum de 180 €** par année civile.

3 - Mise en jeu des garanties



3.1. MODALITÉS

L'Assuré ou un proche contacte FIDELIA Assistance en appelant le numéro de téléphone indiqué notamment sur la carte qui lui a été remise.

SANTÉ SERVICES PLUS et **l'équipe d'accompagnement santé** apportent à l'Assuré le concours dont il a besoin ou lui donnent, le cas échéant, leur accord sur les mesures qu'il souhaite prendre.

Lorsque le coût des prestations reste à sa charge, l'Assuré contracte directement et librement avec les intervenants.

Dans tous les cas il est indispensable que l'Assuré s'adresse préalablement à toute initiative, sauf cas de force majeure à

FIDELIA ASSISTANCE
27 Quai CARNOT
BP 550
92212 SAINT-CLOUD CEDEX
Tél. 01 47 11 70 00



3.2. EXCLUSIONS

Les conséquences de certaines situations ou de certains événements sont exclues du champ d'application de SANTÉ SERVICES PLUS. Ce sont :

3.2.1. Dans tous les cas

- **les demandes de garanties non liées à un problème, une interrogation ou une préoccupation de santé, ou celles demandées au profit d'une personne non assurée ;**
- **les demandes de garanties contraires aux réglementations en vigueur et celles susceptibles de mettre en danger les intervenants ou contraires à la déontologie de leur métier ;**
- **les demandes de garanties conduisant à émettre un diagnostic, une prescription médicale, à s'immiscer dans ceux-ci, ou encore à se substituer aux services de secours ;**
- **les frais engagés à l'initiative de l'Assuré, de ses proches ou de ses représentants, s'ils choisissent une personne ou une société pour fournir une prestation prise en charge par les présentes garanties, sans l'accord préalable de l'équipe d'accompagnement santé (sauf cas de force majeure) ;**
- **les fraudes, falsifications ou déclarations sciemment fausses. La garantie de l'Assuré et des autres personnes assurées par la même adhésion cesse alors immédiatement, les prestations indues devant de plus être reversées par l'Assuré ;**
- **les conséquences d'un dommage intentionnellement commis par l'Assuré ;**
- **la participation à un crime ou délit ;**
- **la pratique d'un sport professionnel dans le cadre d'une compétition officielle, organisée par une fédération sportive et pour laquelle une licence est délivrée ;**
- **les recherches en montagne et les secours en mer ;**
- **les séjours à l'étranger de plus de 90 jours consécutifs.**

3.2.2. Pour l'assistance au domicile

- **sous réserve des dispositions prévues à l'article 2.9. ci-dessus, les interventions, ou traitements d'ordre essentiellement esthétique ;**
- **les hospitalisations à domicile, celles-ci n'étant pas assimilées à des hospitalisations pour l'application de la garantie.**

3.2.3. Pour le rapatriement de personnes

- les affections, fractures ou entorses bénignes et les lésions pouvant être traitées sur place et qui n'empêchent pas l'Assuré de poursuivre son voyage ;
- sauf aggravation inopinée, les maladies chroniques ou en cours de traitement, les maladies mentales, et les états de grossesse. Les états de grossesse après le 6e mois sont exclus dans tous les cas ;
- les interruptions volontaires de grossesse ;
- les états de convalescence non encore consolidés ;
- les tentatives de suicide.

3.2.4. Pour les frais de soins à l'étranger

- les frais engagés par un Assuré qui désire se faire soigner à l'étranger ;
- les frais relatifs à un traitement ordonné en France avant le départ de l'Assuré ;
- le diagnostic, la surveillance ou le traitement d'un état de grossesse, sauf complication nette et imprévisible, et en tout cas après le 6^e mois ;
- l'interruption volontaire de grossesse et ses suites éventuelles ;
- sauf aggravation inopinée, les frais relatifs à une affection chronique ou mentale ;
- les frais consécutifs à une tentative de suicide, à l'usage de drogues, stupéfiants, produits médicamenteux ou tranquillisants non ordonnés médicalement ou obtenus frauduleusement ;
- les interventions ou traitements d'ordre essentiellement esthétique ;
- les cures thermales ;
- les frais de prothèses.

3.2.5. Pour le rapatriement du corps

- les frais qui ne sont pas indispensables au transport du corps.



3.3. RETARDS ET INEXÉCUTION DES PRESTATIONS

3.3.1. En matière d'information, de conseils, de proposition et d'organisation de solutions

FIDELIA Assistance s'engage à mettre à la disposition de l'Assuré les moyens définis dans l'étendue des garanties concernées et ne peut être tenue à une obligation de résultat quant à leur mise en œuvre. Il en est de même pour l'Assureur.

3.3.2. Ni FIDELIA Assistance, ni Assurances Mutuelles de France ne peuvent être tenues pour responsables de retards dans l'exécution des prestations ci-dessus, voire de leur inexécution, en cas de :

- guerre civile ou étrangère ;
 - hostilités, représailles, conflits, saisies-arrêts, contraintes, mobilisations ou détentions par une autorité de droit ou de fait ;
 - réquisition des hommes et du matériel par les autorités de droit ou de fait ;
 - acte de sabotage ou de terrorisme commis dans le cadre d'actions concertées ;
 - conflits sociaux ; il s'agit par exemple de grèves, émeutes, mouvements populaires, lock-out ;
 - cataclysmes et catastrophes naturelles ;
 - effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation de noyau d'atome ou de la radioactivité,
- ou par des cas **de force majeure rendant impossible l'exécution de ces prestations, notamment les interdictions décidées par les autorités locales.**



3.4. VALIDITÉ

- Les garanties de SANTÉ SERVICES PLUS liées aux garanties souscrites suivent le même sort que ces dernières en matière de prise d'effet, de suspension quel qu'en soit le motif, d'interruption ou de résiliation ;
- En cas de cessation des accords entre l'Assureur et FIDELIA Assistance, l'Assureur en avisera l'Assuré au plus tard un mois avant la date d'effet de cette résiliation et lui indiquera les coordonnées de la nouvelle société d'assistance.



3.5. SUBROGATION

FIDELIA Assistance est conventionnellement subrogée dans les droits et actions de l'Assuré, c'est-à-dire qu'elle peut réclamer à un tiers responsable d'un sinistre le remboursement de ses débours.

L'Assuré s'engage donc à informer FIDELIA Assistance de l'exercice d'un recours, d'une procédure pénale ou civile dont il a connaissance, contre l'auteur présumé du dommage corporel dont il a été victime.



3.6. MÉDIATION

En cas de difficulté dans l'application des dispositions du présent contrat : l'assuré consulte d'abord son assureur conseil. Si des difficultés persistent, l'Assuré doit s'adresser au Service Réclamation Clients Covéa Risks - 19/21, allées de l'Europe - 92616 Clichy Cedex. Ce service aidera l'Assuré à rechercher une solution. Si un accord n'est pas ainsi trouvé, il est possible de demander un avis au médiateur. Le service Réclamations Clients transmettra alors ses coordonnées.



3.7. ARBITRAGE

En cas de difficulté, l'Assureur et l'Assuré s'engagent à s'en rapporter à une décision arbitrale.

L'Assureur et l'Assuré désignent chacun leur arbitre ; les arbitres ainsi choisis s'adjoignent un troisième arbitre et opèrent en commun à la majorité des voix.

Faute par l'une des parties de désigner un arbitre ou des deux parties de s'entendre sur le choix du troisième, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assureur.

Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée.

Dans tous les cas, chaque partie supporte les frais et honoraires du médecin ou de l'arbitre qui la représente. Ceux du troisième et les frais de sa nomination sont supportés pour moitié par chacune des parties.



3.8. PRESCRIPTION

Toute action dérivant des présentes garanties est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, conformément aux articles L114-1 et L114-2 du Code des Assurances.

Les Garanties « SANTÉ SERVICES PLUS »

Bénéficiaires	Au domicile	A l'hôpital	GARANTIES	ÉTENDUE ET LIMITES (TTC)
Tous les assurés		X	Location d'un téléviseur	155 € /séjour.
	X	X	Garde des enfants de l'assuré malade	Garde pendant 48 heures ; transfert des enfants chez un proche ou venue d'un proche pour les garder.
	X	X	Garde des enfants de l'assuré en cas d'incapacité de la personne les gardant habituellement	En cas d'hospitalisation de plus de 24 heures ou d'immobilisation de plus de 48 heures, soit garde pendant 5 jours jusqu'à 30 heures ; soit transfert des enfants chez un proche ou venue de ce proche.
	X		Garde des animaux Familiers	230 € / séjour.
	X		Transmission de Messages	Messages concernant l'état de santé.
	X		Transport d'un proche	En cas d'hospitalisation de plus de 8 jours , prise en charge du transport d'un proche et prise en charge des frais d'hôtel, 69 € par nuit, 383 € par séjour.
	X		Aide ménagère	En cas de séances de radiothérapie ou de chimiothérapie de plus de 24 heures, 4 heures par jour pendant 6 jours .
	X	X	Aide ménagère	En cas d'hospitalisation ou d'immobilisation de plus de 8 jours ou en cas de décès, 20 heures , dans les 8 jours , maximum 230 € .
	X		Aide maternelle Aide ménagère	En cas de naissance multiple 4 heures pendant 5 jours 20 heures pendant 15 jours.
	X		Acheminement des médicaments	La nuit, les samedis, dimanches et jours fériés.
			Taxi en cas d'agression	Vers l'hôpital, le médecin ou la police, 50 € .
	X		Déménagement de l'étudiant	Prise en charge d'un véhicule de location, 306 € / année universitaire.
	X		Accueil, consultation et suivi psychologiques	En cas de traumatisme par suite de maladie grave, accident, agression de l'assuré ou d'un proche : 3 consultations, 40 € par consultation. 2 événements maximum par année d'assurance.
	X		Dépendance : Bilan médical : Adaptation du domicile : Coiffeur : Pédicure :	En cas de dépendance ≥ GIR2, 500 € . 6 fois au maximum par an, 180 € . 6 fois au maximum par an, 180 € .
	Réservées aux enfants de moins de 16 ans	X		Lit d'accompagnant
X			Garde des enfants malades	48 heures 3 interventions maximum par année civile et par enfant.
X			École à domicile	En cas d'absence scolaire de plus de 15 jours, 15 heures par semaine jusqu'à la fin de l'année scolaire. Jusqu'à la classe de 3 ^e .
X			Transport domicile école	Suite à un accident, organisation et prise en charge du trajet 2 fois par jour pendant 1 mois maximum.
Salariés de 25 à 57 ans	X		Frais d'hôtel et de transport pour entretien d'embauche	En cas d'entretien à plus de 200 km et avant 12 heures. 70 € par nuit et 100 € de frais de transport. 3 interventions maximum par an.

Bénéficiaires	Au domicile	A l'hôpital	GARANTIES	ÉTENDUE ET LIMITES (TTC)
Réservées aux assurés de plus de 60 ans	X		Garde malade Aide ménagère	En cas d'immobilisation, 10 heures par jour pendant 5 jours 20 heures en 5 jours , maximum 230 € 3 interventions maximum par année civile.
	X		Transport d'un proche	En cas d'immobilisation, prise en charge du transport d'un proche et de ses frais d'hôtel, 69 € par nuit, 383 € par séjour. Une intervention maximum par année civile.
		X	Répondeur téléphonique	Pendant un mois.
	X		Télé Assistance	Après une hospitalisation de plus de 15 jours , mise à disposition d'un appareil de Télé Assistance pendant 3 mois .
	X		Recherche de médicaments	Tous les jours 24 h/24.

Bénéficiaires	En déplacement	GARANTIES	ÉTENDUE ET LIMITES (TTC)
Tous les assurés	X	Assistance médicale, Rapatriement	Organisation et prise en charge, sans plafond.
	X	Frais d'évacuation ski	155 € . Hors piste exclu à l'étranger.
	X	Frais d'immobilisation à l'hôtel	Prise en charge des frais de l'assuré et de la personne restant à son chevet, 69 € par jour, 690 € au total par personne.
	X	Retour de l'accompagnant et des enfants avec le véhicule de l'assuré	En cas de rapatriement de l'assuré, mise à disposition d'un chauffeur.
	X	Retour de l'accompagnant	En cas de rapatriement de l'assuré, prise en charge d'un billet de retour.
	X	Retour des enfants	Si l'assuré n'est plus capable de s'occuper des enfants, fourniture d'un billet aller et retour à un proche ou mise à disposition d'une hôtesse pour les ramener.
	X	Transport d'un proche au chevet de l'assuré	Billet aller et retour et frais d'hôtel, 69 € par nuit, 383 € par séjour.
	X	Retour prématuré de l'assuré	Billet aller et retour en cas de décès, de maladie ou d'accident grave d'un proche (conjoint, parent, enfant, frère ou sœur).
	X	Rapatriement du corps	En cas de décès de l'Assuré.
	X	Transmission de messages	
	X	Recherche de médicaments à l'étranger	
	X	Avance ou remboursement des frais de soins à l'étranger	8 000 € par voyage et par assuré, (12 250 € aux États-unis, Canada, et Japon), soins dentaires 155 € . Franchise de 30 € .
	X	Avance de caution pénale à l'étranger	8 000 € Remboursement par l'assuré dans les 45 jours.
	X	Défense en justice à l'étranger	Mise à disposition et prise en charge d'un homme de loi à concurrence de 770 € .

Le présent tableau récapitule les garanties de « SANTÉ SERVICES PLUS ». Les modalités d'application sont définies et précisées dans les articles des Dispositions Générales.

Protec & Assur
POUR ÊTRE CORRECTEMENT ASSURÉ

8 Rue d'Estienne d'Orves - 94000 Creteil
01-72-81-65-00 - www.santexia.com

CO
vea Risks

Covéa Risks

SA à directoire et conseil de surveillance
au capital de 168 452 216,75 €
RCS Nanterre : B 378 716 419
Siège social : 19-21, allées de l'Europe - 92110 Clichy
Adresse postale : 19-21, allées de l'Europe - 92616 Clichy cedex
Tél. : 01 57 64 30 00 - Fax : 01 57 64 24 01

ASSURANCES MUTUELLES DE FRANCE

Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes
contre l'Incendie, les Accidents et les Risques Divers
Siège social : 7, avenue Marcel Proust - 28932 Chartres Cedex 9
Entreprises régies par le code des assurances