

SANTÉ RESPONSABLE

CONTRAT GROUPE



SANTÉ RESPONSABLE

SANTÉ RESPONSABLE

PRÉAMBULE

Le présent contrat relève d'une assurance de groupe à adhésion individuelle et facultative ayant pour objet la couverture des frais de santé.

Il assure des prestations complémentaires à celles versées par le régime d'assurance maladie obligatoire.

Il s'inscrit dans le dispositif légal et réglementaire des contrats d'assurance maladie complémentaires bénéficiant d'une aide dits « contrats responsables et solidaires » ouvrant droit au bénéfice d'avantages fiscaux et sociaux pour l'adhérent.

Ce contrat collectif est régi par :

- le Code des assurances, et notamment les articles L.141-1 à L.141-6,
- la législation sociale et notamment :
- la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie et ses décrets d'application,
- la législation des contrats responsables (notamment les articles L.871-1, R.871-1, R.871-2 et L.160-13 du code de la sécurité sociale et leurs renvois),
- la loi n° 89-109 du 31 décembre 1989 dite Loi Evin,
- la fiscalité en vigueur.

Il est par ailleurs éligible au dispositif de déductibilité de la cotisation issue de la loi n° 94-126 du 11 Février 1994 dite « loi Madelin » (article L.144-1 du Code des assurances).

Le présent contrat est soumis à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

La loi applicable au contrat est la loi française et les échanges relatifs au contrat se font dans cette langue.

SANTÉ RESPONSABLE

INTRODUCTION

LE PRÉSENT CONTRAT EST SOUSCRIT PAR :

L'association Libérale d'Assurance et de Prévoyance (A.L.A.P.),

Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 dont le siège social est situé 11 rue Brunel, 75017 PARIS, représentée par son Président en exercice,

Ci-après dénommée « **le souscripteur** »,

Auprès de :

La Mutuelle d'Assurances du Corps de Santé Français (MACSF assurances), Société d'Assurance Mutuelle, entreprise régie par le Code des Assurances, ayant son siège social Cours du triangle, 10 rue de Valmy, 92800 Puteaux, représentée par son Directeur Général ».

Ci-après dénommée « **l'assureur** »,

Au profit de :

- **tout professionnel libéral de santé et/ou de ses salariés,**
- **tout personnel salarié des établissements de santé, publics ou privés,**
- **tout étudiant régulièrement inscrit aux facultés et aux écoles qui préparent aux professions médicales ou paramédicales,**

ayant la qualité de membre de l'association souscriptrice ALAP, adhérent au contrat pour son propre compte et/ou au bénéfice de son conjoint et de leurs enfants, fiscalement à charge et âgés de moins de 26 ans,

Ci-après dénommé « **l'adhérent** ».

Le souscripteur donne mandat exprès à l'assureur pour l'exécution, en son nom, des dispositions prévues aux articles 12 de la Loi Evvin et aux articles L.141 - 2 à L.141 - 4 du Code des assurances.

L'assureur est susceptible de déléguer tout ou partie de la gestion du contrat à une autre entité du Groupe MACSF.

L'assureur délègue la gestion des prestations du contrat à un prestataire extérieur au Groupe MACSF.

Le présent contrat a pris effet le 1^{er} septembre 2018. Il se renouvelle annuellement par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année.

La présente notice d'information valant conditions générales s'applique à compter du 1^{er} janvier 2026.

SANTÉ RESPONSABLE

SOMMAIRE

TITRE I - Les dispositions générales du contrat

P 6

- ARTICLE 1 - L'objet du contrat
- ARTICLE 2 - Les personnes assurées
- ARTICLE 3 - Les conditions et les formalités à l'adhésion individuelle
- ARTICLE 4 - La prise d'effet et la durée de l'adhésion individuelle
- ARTICLE 5 - Les déclarations et les modifications en cours de contrat
- ARTICLE 6 - Les sanctions en cas de fausse déclaration
- ARTICLE 7 - Le champ territorial des garanties
- ARTICLE 8 - La cotisation
- ARTICLE 9 - La résiliation/cessation de l'adhésion individuelle
- ARTICLE 10 - La subrogation
- ARTICLE 11 - La prescription
- ARTICLE 12 - La garantie des droits de l'adhérent et la protection des données personnelles

TITRE II - Les règles de fonctionnement des garanties

P 12

- ARTICLE 13 - Cadre juridique prévu par la législation des contrats "responsables et solidaires"
- ARTICLE 14 - Les bases de calcul et les principes applicables aux remboursements
- ARTICLE 15 - Les prestations garanties : règles de remboursement par poste de dépenses
- ARTICLE 16 - Les limitations de garanties

TITRE III - La mise en œuvre des garanties et les modalités pratiques des remboursements

P 17

- ARTICLE 17 - L'entrée en vigueur des garanties
- ARTICLE 18 - Les conditions de remboursement
- ARTICLE 19 - La prise en charge hospitalière
- ARTICLE 20 - Le tiers-payant

TITRE IV - Les garanties et services complémentaires

P 18

- ARTICLE 21 - La garantie confort hospitalisation
- ARTICLE 22 - L'option allocation journalière
- ARTICLE 23 - Les services MACSF Assistance : conditions communes aux prestations d'assistance santé à domicile et prestations pour l'adhérent aidant
- ARTICLE 24 - Les prestations d'assistance santé à domicile
- ARTICLE 25 - Les prestations pour l'adhérent aidant

TITRE V - Les dispositions spécifiques au contrat groupe

P 28

- ARTICLE 26 - Les statuts de l'association souscriptrice
- ARTICLE 27 - Le mandat spécial de gestion et d'information donné par l'association souscriptrice à l'assureur

LEXIQUE

P 30

SANTÉ RESPONSABLE

TITRE I - LES DISPOSITIONS GÉNÉRALES DU CONTRAT

ART 1 OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat a pour objet de garantir aux personnes assurées définies à l'article 2 :

- le remboursement de tout ou partie de la fraction des frais médicaux, dentaires, chirurgicaux et pharmaceutiques, laissée à la charge de l'assuré social, en complément des prestations en nature du régime d'Assurance Maladie obligatoire (R.O), complété par une garantie Confort Hospitalisation (en option pour certaines formules (cf. article 3C) ou incluse pour les formules « **Générique Plus Renfort Hospitalisation** » et « **Prémium** ») et par un « pack Bien Être optionnel » sur certaines formules (cf. article 3C).
- le versement d'une « Allocation journalière » optionnelle (cf. article 3C)

Pour les frais complémentaires santé :

L'adhérent a le choix entre cinq formules de garanties offrant des prestations et des niveaux de remboursement différents :

- « **Générique** »
- « **Générique Plus Renfort Hospitalisation** »
- « **Santé Responsable/Confort** »
- « **Santé Plus Responsable/Optimum** »
- « **Prémium** »

ART 2 LES PERSONNES ASSURÉES

Les personnes assurées, désignées par l'adhérent, figurent aux Conditions Particulières du contrat et sur les avenants établis postérieurement.

Conformément aux statuts en vigueur, peuvent seuls, être désignés :

- l'adhérent, tel que défini au contrat, actif ou retraité,
- son conjoint ou co-signataire d'un PACS,
- les enfants à charge, au sens fiscal du terme, jusqu'à leur 26 ans s'ils sont scolarisés ou les "grands infirmes".
En tout état de cause, les personnes assurées doivent être rattachées au R.O français.

ART 3 LES CONDITIONS ET LES FORMALITÉS À L'ADHÉSION INDIVIDUELLE

A. La limite d'âge

La limite d'âge à l'adhésion est fixée à la veille du 70^{ème} anniversaire pour l'adhérent et/ou de son conjoint, ou co-signataire d'un PACS.

B. Les formalités

Pour bénéficier du présent contrat, l'adhérent complète une demande d'adhésion au sein de laquelle il indique les noms, prénoms et dates de naissance des membres de sa famille qu'il souhaite assurer, son domicile, sa profession et son mode d'exercice sur le territoire français.

Aucune déclaration médicale ayant trait à l'état de santé des assurés n'est exigée.

L'adhérent joint obligatoirement à sa demande d'adhésion, les pièces suivantes :

- la ou les copie(s) de l'attestation ou des attestations délivrée(s) par chacun des régimes obligatoires où figurent les assurés enregistrés au contrat,
- un justificatif indiquant qu'il est à jour du paiement des cotisations dues au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et de vieillesse pour les adhérents optant pour le dispositif Madelin,
- un relevé d'identité bancaire.

C. Le choix de la formule de garanties

L'adhérent doit choisir pour lui-même et les autres assurés une des cinq formules citées à l'article 1.

Pour une même adhésion, l'adhérent ne peut choisir qu'une seule formule.

L'adhérent a la faculté de choisir :

- la garantie confort hospitalisation en option sur les formules « **Générique** », « **Santé Responsable/Confort** » et « **Santé Plus Responsable/Optimum** »,
- un pack bien-être optionnel hors statut étudiant sur les formules « **Générique** », « **Générique Plus Renfort Hospitalisation** », « **Santé Responsable/Confort** », « **Santé Plus Responsable/Optimum** » et « **Prémium** »,
- une « Allocation journalière » optionnelle pour les adhérents ayant le statut d'agent titulaire ou stagiaire non médical de la fonction publique hospitalière, de catégorie statutaire A, B ou C, relevant du Titre IV du statut général des fonctionnaires. L'ensemble des règles propres à cette garantie est décrit à l'article 22 ci-après, complétant les autres dispositions du contrat.

ART 4 LA PRISE D'EFFET ET LA DURÉE DE L'ADHÉSION INDIVIDUELLE

L'adhésion individuelle prend effet à la date de réception par l'assureur de la demande d'adhésion dûment complétée, accompagnée des pièces justificatives mentionnées à l'article 3B.

La date de prise d'effet de l'adhésion est mentionnée au sein des Conditions Particulières et les garanties sont acquises pour une durée initiale courant jusqu'au 31 décembre de l'année considérée, sous réserve de l'application des délais d'attente prévus à l'article 17.

L'adhésion individuelle se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, sauf résiliation dans les conditions prévues à l'article 9.

La durée de l'adhésion a un caractère viager, tant pour l'adhérent que pour son conjoint ou co-signataire d'un PACS sauf pour la garantie « Confort hospitalisation » (cf. article 21) et « Allocation journalière » (cf. article 22).

SANTÉ RESPONSABLE

**ART 5 LES DÉCLARATIONS
ET LES MODIFICATIONS EN COURS
DE CONTRAT****A. Inscription de nouveaux assurés**

A tout moment, en cours de contrat, l'adhérent peut demander l'inscription de nouveaux assurés.

A cette fin, il adresse à l'assureur :

- une nouvelle demande d'adhésion ; cette demande peut également être formulée sur lettre simple, par fax ou encore par téléphone,
- la copie de l'attestation de droits délivrée par le R.O, sur laquelle figurent les nouveaux assurés enregistrés au contrat.

Cas particulier de l'enfant nouveau-né :

Sur présentation de l'acte de naissance **adressé dans un délai maximum de trois mois** par l'adhérent, l'enfant nouveau-né peut bénéficier des garanties dès le jour de sa naissance à condition que l'adhérent soit assuré depuis au moins trois mois.

Toute nouvelle inscription fait l'objet d'un avenant et prend effet selon les dispositions prévues à l'article 4.

B. Suppression d'un ou plusieurs assurés

L'adhérent peut demander la suppression d'un ou plusieurs assuré(s), à tout moment, sous réserve des exceptions prévues au paragraphe D du présent article relatives à la modification des risques.

L'avenant prend effet 30 jours après la réception de la demande de suppression.

C. Changement de la formule de garanties ou d'options

Chaque année, l'adhérent peut modifier la formule de garanties retenue pour lui-même et les autres personnes assurées.

Il doit effectuer sa demande par lettre recommandée **au moins deux mois avant l'échéance annuelle du 1^{er} janvier**. Le passage d'une formule de garanties à une formule supérieure n'est possible que jusqu'à la veille du 70^{ème} anniversaire de l'adhérent.

Tout changement de formule de garanties fait l'objet d'un avenant avec une prise d'effet le 1^{er} janvier de l'année suivante.

L'adhérent pourra ajouter ou supprimer une option en effectuant sa demande **deux mois avant l'échéance annuelle du 1^{er} janvier** pour une prise d'effet au 1^{er} janvier de l'année suivante.

D. Modification des risques

En cours de contrat, l'adhérent est tenu de déclarer les modifications ou circonstances nouvelles affectant ses déclarations à l'adhésion ou lors de l'inscription d'un nouvel assuré dans un délai de 15 jours à compter de la connaissance des événements suivants :

- changement de profession,
- modification des conditions d'exercice de la profession,
- cessation d'activité professionnelle avant l'âge de la retraite,
- changement de régime social d'un ou des assurés,

- divorce,
- souscription de garanties de même nature auprès d'un autre assureur.

L'adhérent doit produire les justificatifs correspondants.

En fonction de ces modifications, l'assureur se réserve la possibilité d'adapter sa couverture à la nouvelle situation présentée.

**ART 6 LES SANCTIONS EN CAS DE FAUSSE
DÉCLARATION****A. Fausse déclaration à l'adhésion et/ou en cours
de contrat**

Toute réticence, déclaration intentionnelle fausse, omission ou déclaration inexacte de l'adhérent entraîne pour celui-ci ainsi que pour les assurés affiliés, l'application selon les cas des sanctions prévues aux articles L.113-8 (nullité du contrat) et L.113-9 (réduction proportionnelle) du Code des assurances, dès lors que celles-ci ont eu une influence sur l'appréciation des risques par l'assureur.

La cotisation de l'année est, dans ce cas, conservée par l'assureur à titre d'indemnité.

B. Fausse déclaration au moment du sinistre

Toute fausse déclaration sur la date, la nature, les causes, les circonstances et les conséquences de l'événement à l'origine de la demande de règlement entraîne la déchéance de tout droit à garantie. Il en est de même en cas de faux documents, faux renseignements ou de l'absence de production de pièces, MACSF se réservant le droit de procéder à tout contrôle des informations transmises lors de l'exécution et de la gestion des prestations.

Les prestations déjà réglées pour un événement en cause doivent être remboursées à l'assureur, sans préjudice d'une possible demande de dommages et intérêts en justice.

**ART 7 LE CHAMP TERRITORIAL
DES GARANTIES**

Les garanties s'exercent en France Métropolitaine. Pour les Départements et Régions d'Outre-Mer, les effets du contrat sont subordonnés à un accord spécifique de l'assureur pour toute demande d'adhésion.

A l'étranger, y compris les Collectivités d'Outre-Mer, les garanties ne sont acquises qu'à l'occasion de séjours n'excédant pas trois mois consécutifs. Pour tout séjour dépassant ce délai, l'adhérent doit saisir au préalable l'assureur qui statuera.

Les garanties s'étendent aux accidents survenus et aux maladies contractées à l'étranger lorsque le R.O français de l'adhérent ou des assurés intervient.

Le paiement des cotisations et le règlement des prestations sont toujours effectués en euros et sur le territoire français.

SANTÉ RESPONSABLE

Les frontaliers qui exercent leur activité professionnelle en France métropolitaine, mais qui résident de façon stable et durable au sein de l'Union Européenne peuvent bénéficier des garanties prévues par le contrat, pour les soins effectués sur le territoire français métropolitain, dès lors qu'ils cotisent légalement à la Sécurité sociale française.

ART 8 LA COTISATION

A. Calcul de la cotisation

La cotisation est calculée en fonction du tarif en vigueur au jour de la date d'effet de l'adhésion ou au jour de la date d'effet de tout avenant de modification.

- Elle est fixée en tenant compte :
 - de la formule de garanties choisie par l'adhérent,
 - de la garantie « confort hospitalisation » choisie en option pour les formules « **Générique** », « **Santé Responsable/Confort** », « **Santé Plus Responsable/Optimum** »,
 - de la garantie « pack Bien-être optionnel » sur les formules « **Générique** », « **Générique Plus Renfort Hospitalisation** », « **Santé Responsable/Confort** », « **Santé Plus Responsable/Optimum** » et « **Prémium** »,
 - de la garantie « Allocation journalière » (cf. article 22),
 - de l'âge atteint par chaque assuré (adhérent et/ou conjoint) à la date d'effet de l'adhésion ou de l'avenant de modification, puis tous les 1^{er} janvier suivants,
 - du nombre d'enfants assurés, avec cotisation forfaitaire pour chacun d'entre eux,
 - du R.O de l'adhérent,
 - d'un coefficient de pondération par département,
- En cas d'adhésion en cours d'année, la cotisation est calculée au prorata temporis du nombre de jours restant à courir entre la date de prise d'effet du contrat et le 31 décembre de l'année considérée.

B. Evolution et revalorisation de la cotisation

1. Evolution automatique de la cotisation

La cotisation évolue automatiquement chaque 1^{er} janvier en fonction de l'âge atteint par l'adhérent et/ou son conjoint ou co-signataire d'un PACS.

2. Revalorisation des cotisations du groupe assuré

Les cotisations sont actualisées au 1^{er} janvier de chaque année, indépendamment des changements d'âge et ce, en fonction :

- de l'évolution des résultats techniques par département,
- de l'évolution nationale du coût des dépenses de santé,
- des modifications des bases de remboursement et/ou des taux de remboursement du R.O,
- de l'évolution de la composition démographique du groupe assuré,
- des résultats techniques du groupe assuré,
- de l'évolution des conditions de réassurance.

Les ajustements à intervenir sont arrêtés d'un commun accord entre le souscripteur et l'assureur et sont applicables à l'ensemble des adhérents, conformément aux dispositions du Titre V, relatif au fonctionnement du contrat groupe.

C. Paiement de la cotisation individuelle

1. Modalités de paiement de la cotisation

La cotisation individuelle est payable annuellement à l'adhésion et à chaque échéance annuelle du 1^{er} janvier, au siège administratif de l'assureur ou au domicile du mandataire désigné par elle à cet effet.

Elle est payable par prélèvement automatique annuel et peut faire l'objet d'un fractionnement à la demande de l'adhérent (semestriel, trimestriel ou mensuel).

2. Conséquences du non paiement de la cotisation

(Articles L.141-3 et L.113-3 du Code des assurances)

Lorsqu'une cotisation ou une fraction de cotisation n'est pas payée dans les 10 jours de son échéance, l'assureur adresse à l'adhérent une lettre de rappel puis une lettre recommandée de mise en demeure par laquelle il l'informe qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement à l'assureur ou au mandataire désigné par lui de la cotisation ou de la fraction de cotisation échue ainsi que des cotisations éventuellement venues à échéance au cours dudit délai, entraîne la résiliation du contrat. Par ailleurs, l'assureur se réserve le droit de poursuivre l'exécution des primes impayées en justice, même en cas de résiliation pour non paiement de primes, la cotisation annuelle restant due dans son intégralité par l'adhérent.

D. Déductibilité fiscale de la cotisation

La cotisation du contrat peut être déduite fiscalement dans les limites et plafond du dispositif prévu par la loi Madelin (Article 154 bis-II du Code général des impôts).

Cette déductibilité est possible pour l'adhérent :

- praticien libéral, relevant pour son activité professionnelle des BNC (bénéfices non commerciaux),
- gérant majoritaire d'une société d'exercice libéral (SEL) relevant, au titre des revenus professionnels, de l'article 62 du Code général des impôts,
- pharmacien ou opticien relevant pour leur activité professionnelle des BIC (bénéfices industriels et commerciaux).

ART 9 LA RÉSILIATION/CESSATION DE L'ADHÉSION INDIVIDUELLE

L'adhésion individuelle cesse dans les cas et conditions ci-après :

A. Résiliation par l'adhérent

1. Au 31 décembre de chaque année avec un préavis d'un mois,
2. À l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités (article L.113-15-2 du code des assurances - résiliation infra annuelle). Cette résiliation peut également être réalisée par le nouvel assureur à la demande de l'adhérent,
3. Dans le cas où l'assureur a résilié après sinistre un autre contrat de l'adhérent (article R.113-10 du Code des assurances),
4. En cas de disparition du risque par suite d'un changement de situation matrimoniale, familiale ou professionnelle.

SANTÉ RESPONSABLE

B. Résiliation par l'assureur

1. En cas de non paiement des cotisations (article L.141-3 du Code des assurances), l'assureur se réserve le droit de poursuivre l'exécution des primes impayées en justice (article L.113-3 du Code des assurances) (cf. article 8).
2. En cas de fausse déclaration lors de l'adhésion ou constatée à l'occasion d'une demande de remboursement (cf. article 6).

C. Principes généraux

Dans tous les cas de cessation en cours d'année et dès la prise d'effet de la résiliation, l'adhérent s'engage à ne plus utiliser les documents relatifs au tiers payant. A défaut, la résiliation ne pourra prendre effet qu'au terme de l'échéance annuelle en cours, sans remboursement d'un prorata de cotisation.

Dans les cas de résiliations prévus aux paragraphes A - 2 - 3 et 4, l'assureur rembourse le prorata de cotisation courant de la résiliation au 31 décembre.

Lorsque l'adhérent a la faculté de résilier son adhésion, il peut le faire à son choix, selon une des modalités suivantes :

- par lettre ou tout autre support durable ;
- par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'assureur ;
- par acte extrajudiciaire ;
- lorsque l'assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.
- conformément à l'article L.113-14-II du Code des assurances, lorsqu'un contrat d'assurance couvrant les personnes physiques en dehors de leurs activités professionnelles a été conclu par voie électronique ou a été conclu par un autre moyen et que l'assureur, au jour de la résiliation par le souscripteur, offre au souscripteur la possibilité de conclure des contrats par voie électronique, la résiliation est rendue possible selon cette même modalité.

Les délais de résiliation commencent à courir à partir de la date figurant sur le cachet de la poste ou de la date d'expédition de la notification.

La résiliation par l'assureur est notifiée par lettre recommandée, adressée au dernier domicile connu de l'adhérent. Les délais de résiliation commencent à courir à compter de la date d'envoi de la lettre recommandée par l'assureur.

D. L'adhésion cesse de plein droit en cas de perte par l'adhérent de sa qualité de membre de l'association souscriptrice.

Dans ce cas, la cessation prend effet dans un délai de 3 mois suivant la date de survenance de l'événement. L'assureur rembourse le prorata de cotisation courant de la cessation au 31 décembre.

ART 10 LA SUBROGATION

Conformément aux dispositions de l'article L.131-2 alinéa 2 du Code des assurances, l'assureur est subrogé dans les droits et actions de l'adhérent contre tout tiers responsable de l'accident pour le remboursement des frais médicaux qu'il a versés, liés à cet événement.

ART 11 LA PRESCRIPTION

Conformément à l'article L.114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

Conformément à l'article L.114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre et par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription suivantes :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),
- la demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil),
- un acte d'exécution forcée (articles 2244 à 2246 du Code civil).

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Conformément à l'article L.114-3 du Code des assurances, l'assureur et l'assuré ne peuvent déroger contractuellement à cette durée de prescription, à ses causes d'interruption ou de suspension.

Le texte intégral de ces articles figure dans les encadrés ci-dessous.

ARTICLES L.114-1 À L.114-3 DU CODE DES ASSURANCES**Article L.114-1**

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L.125-1, sont prescrites par cinq ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

SANTÉ RESPONSABLE

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

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

Article L 114-2

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L 114-3

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

ARTICLES 2240 À 2246 DU CODE CIVIL**Article 2240**

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

Article 2241

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242

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

Article 2243

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

Article 2244

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

Article 2245

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

Article 2246

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

ART 12 LA GARANTIE DES DROITS DE L'ADHÉRENT ET LA PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES**MODALITÉS D'EXAMEN DES RÉCLAMATIONS**

En cas de litige relatif à l'application de ce contrat, une voie de recours amiable est à la disposition de l'assuré.

L'assuré peut l'exercer auprès du Service Réclamations :

- par voie postale à l'adresse suivante **10 Cours du Triangle de l'Arche - TSA 70400 92919 La Défense Cedex,**
- ou depuis l'espace personnel sur le site MACSF rubrique « aide et contact » (ou l'application mobile) après avoir saisi les identifiant et code secret de connexion.

L'assureur accuse réception, par écrit, de la réclamation écrite dans un délai maximal de dix jours ouvrables à compter de son envoi. En tout état de cause, l'assureur répond dans les deux mois à compter de l'envoi de la première manifestation écrite d'un mécontentement, sauf circonstance particulière notifiée, le cachet de la poste faisant foi pour les réclamations adressées par voie postale.

Si le litige persiste, et après épuisement de toutes les voies de recours en interne, l'assuré a la possibilité de saisir le Médiateur de la profession dont les coordonnées sont les suivantes :

La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS Cedex 09

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données personnelles recueillies par l'Assureur, en sa qualité de responsable de traitement, auprès de l'adhérent/assuré du contrat, sont nécessaires pour les finalités principales suivantes : la passation, gestion et exécution du contrat et services souscrits, l'évaluation et la gestion du risque, la connaissance Client, le recouvrement et la gestion du contentieux, la prospection commerciale, l'élaboration de statistiques et études actuarielles ou encore la lutte contre la fraude à l'assurance. A ce titre, de l'adhérent/assuré du contrat est informé que le dispositif de lutte anti-fraude peut conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Selon les finalités précitées, les données de l'adhérent/assuré du contrat traitées par l'Assureur reposent sur la base des fondements suivants : le consentement de l'adhérent/assuré du contrat ; la nécessité d'exécuter le contrat ou des

SANTÉ RESPONSABLE

mesures précontractuelles ; le respect d'obligations légales ou réglementaires auxquelles l'Assureur est soumis, tel que la lutte contre le blanchiment ; ou encore l'intérêt légitime poursuivi par l'Assureur.

Les conséquences d'un défaut de réponse de l'adhérent/assuré du contrat sur les données personnelles demandées sont les suivantes : l'Assureur peut ne pas procéder à la conclusion, la modification, la gestion ou l'exécution du contrat ainsi que des services souscrits. Dès lors que les données personnelles demandées ont un caractère obligatoire, l'Assureur peut, en cas de défaut de réponse :

- refuser de procéder à la conclusion du contrat,
- refuser de procéder à l'opération demandée par l'adhérent/assuré du contrat.

Dans tous ces cas, l'adhérent/assuré du contrat reste responsable des conséquences d'un défaut de réponse sur la conclusion, la gestion et l'exécution du contrat et des services souscrits.

L'adhérent/assuré du contrat est informé que les données pourront notamment être transmises au personnel strictement habilité de l'Assureur, à toute entité du Groupe MACSF dans le cadre de l'exécution de ses missions ; à ses partenaires, prestataires et sous-traitants.

Les données personnelles seront conservées pendant la durée nécessaire à l'exécution des contrats et des services souscrits et à la réalisation des finalités précisées ci-dessus. Elles seront ensuite archivées puis supprimées conformément aux obligations légales ou réglementaires, ou afin de permettre à l'Assureur, d'établir la preuve d'un droit ou d'un contrat (délais applicables en matière de prescription).

L'adhérent/assuré du contrat dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et de limitation des données le concernant, ainsi que du droit de s'opposer au traitement de ses données. Lorsque le traitement de données est fondé sur le consentement, l'adhérent/assuré du contrat a le droit de retirer son consentement à tout moment. L'exercice de ce droit n'empêche pas résiliation du contrat souscrit. L'adhérent/assuré du contrat peut également adresser des directives concernant le sort de ses données post-mortem et obtenir la portabilité de certaines de ses données dans certains cas.

Pour exercer ses droits ou pour toute question relative au traitement de ses données personnelles par l'Assureur, l'adhérent/assuré du contrat peut adresser un courrier à **DPO MACSF - 10 cours du triangle de l'Arche, TSA 40100, 92919 La Défense Cedex** ou envoyer un email à l'adresse suivante : **dpo@macsf.fr**

L'adhérent/assuré du contrat dispose à tout moment du droit de s'opposer à l'utilisation de ses données à des fins de prospection commerciale, sans avoir à motiver sa demande. Cette opposition peut être exercée :

directement depuis son espace personnel accessible sur le site www.macsfr.fr ,

ou par courrier électronique ou postal adressé au Délégué à la protection des données (DPO), aux coordonnées suivantes : **dpo@macsf.fr** ou **DPO MACSF - 10 cours du triangle de l'Arche - TSA 40100 - 92919 La Défense Cedex**.

Conformément à la réglementation, l'exercice de ce droit n'aura aucune incidence sur l'exécution du contrat d'assurance souscrit.

L'adhérent/assuré du contrat a la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

l'adhérent/assuré du contrat peut trouver plus d'informations s'agissant du traitement de ses données en consultant la Charte de protection des données directement accessible à l'adresse suivante : <https://www.macsfr.fr/Donnees-personnelles>.

ECHANGES DÉMATÉRIALISÉS

L'Assureur peut fournir ou mettre à disposition toutes informations et/ou documents relatifs au contrat d'assurance de l'Adhérent soit par écrit sur support papier, soit par écrit sous forme électronique. Pour ce faire, l'Assureur utilisera l'adresse électronique communiquée par l'Adhérent et/ou son espace personnel MACSF.

L'Adhérent peut demander à l'Assureur, à tout moment et par tout moyen, qu'un écrit sur support papier soit utilisé, pour la poursuite de l'envoi des informations et documents relatifs à son contrat d'assurance.

RENONCIATION

L'adhérent peut renoncer à son contrat lorsque celui-ci a été conclu dans les conditions d'une vente à distance (Art. L112-2-1 du Code des assurances) ou lors d'une opération de démarchage (Art. L112-9 du Code des assurances) pendant 14 jours calendaires révolus à compter du jour de réception des conditions générales et particulières du contrat. Cette renonciation doit être faite par **Lettre Recommandée avec accusé de réception**, envoyée à Monsieur le Directeur de la MACSF assurances à l'adresse suivante :

**MACSF assurances
10, cours du Triangle de l'Arche
TSA 40100
92919 La Défense Cedex.**

Monsieur le Directeur,

Je soussigné(e) ;
domiciliée(e), prie la MACSF
assurances de bien vouloir considérer qu'à dater
de ce jour, je désire renoncer à la police n°.....
souscrite auprès de votre société. Vous voudrez
bien, en conséquence, effectuer dans le délai requis
la restitution de l'intégralité des sommes versées.

Fait à, le

Signature de l'assuré

La renonciation entraîne la restitution par l'assureur, de l'intégralité des sommes versées dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée.

Au terme de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis à l'expiration de ce délai de deux mois, au double du taux légal.

L'adhérent s'engage en contrepartie à ne plus utiliser le cas échéant la carte de tiers payant.

SANTÉ RESPONSABLE

Information

L'assureur fournit à l'assuré, chaque année, une lettre d'information Prévoyance indiquant les modifications contractuelles et tarifaires qui s'appliquent à compter du 1er janvier de l'année suivante.

TITRE II - LES RÈGLES DE FONCTIONNEMENTS DES GARANTIES

ART 13 CADRE JURIDIQUE PREVU PAR LA LÉGISLATION DES CONTRATS RESPONSABLES ET SOLIDAIRES

(ARTICLES L.871-1, R.871-1, R.871-2 ET L.160-13 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE)

Les éventuelles évolutions des dispositions de la législation des contrats solidaires et responsables seront automatiquement intégrées au contrat.

Le présent contrat répond au caractère « solidaire » et ne prévoit pas de formalités médicales à l'adhésion. Les dispositions des contrats responsables sont détaillées ci-après.

A. Les soins courants et l'hospitalisation

→ **Au titre de la législation des contrats responsables, le contrat prévoit :**

- La prise en charge de la participation de l'assuré (ticket modérateur) aux tarifs servant de base au calcul des prestations du Régime Obligatoire prévue à l'article L.160-13 I du Code de la sécurité sociale, pour les frais suivants (listés à l'article R. 160-5 du même code), notamment :
 - les frais d'honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux afférents aux soins dispensés au cours d'une hospitalisation dans un établissement de santé public ou privé ainsi que les frais d'examens de biologie médicale afférents à des soins dispensés dans les mêmes conditions,
 - les frais d'hospitalisation dans un établissement de santé public ou privé,
 - les frais d'honoraires des praticiens,
 - les frais d'honoraires des auxiliaires médicaux,
 - les frais d'examens de biologie médicale,
 - les frais de produits et prestations figurant sur la liste mentionnée à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale,
 - les frais de transport prévus au 2° de l'article L.160-8 du Code de la sécurité sociale.

Cette prise en charge n'est pas obligatoire pour les médicaments dont le service médical rendu est faible ou modéré, les spécialités homéopathiques et les cures thermales (6°, 7°, 10° et 14° de l'article R.160-5 du Code de la sécurité sociale) et dépend donc de la formule choisie.

- La participation de l'assuré (ticket modérateur) aux tarifs servant de base au calcul des prestations du Régime Obligatoire pour les actes de prévention qui relèvent d'un des postes de frais listé à l'article R.160-5 du Code de la sécurité sociale,
- La prise en charge du forfait patient urgences pour les frais occasionnés par un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement

de santé, lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement

- La prise en charge de la participation forfaitaire pour les actes lourds prévue à l'article R.160-16 du Code de la sécurité sociale,
- La prise en charge du forfait journalier dans les conditions prévues à l'article L.174-4 du Code de la sécurité sociale, sans limitation de durée. Cette prise en charge n'est pas obligatoire pour les établissements médico-sociaux.
- L'encadrement des dépassements d'honoraires pour les médecins n'ayant pas adhéré à l'un des dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisés (option pratique tarifaire maîtrisée OPTAM ou option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique OPTAM-CO). Ainsi, les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à l'un des dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisés (OPTAM ou OPTAM-CO) prévue par la convention nationale mentionnée à l'article L.162-5 du Code de la sécurité sociale sont pris en charge, dans la double limite de 100 % du tarif servant de base au calcul des prestations du Régime Obligatoire et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisés (OPTAM ou OPTAM-CO), minoré d'un montant égal à 20 % du tarif servant de base au calcul des prestations du Régime Obligatoire.

→ **Au titre de la législation des contrats responsables, le présent contrat ne prend pas en charge :**

- La participation forfaitaire et la franchise à la charge de l'assuré dans les conditions et limites prévues à l'article L.160-13 du Code de la sécurité sociale qui comprend :
 - La participation forfaitaire pour tout acte ou consultation médicale hors hospitalisation,
 - La participation forfaitaire pour les actes de biologie médicale,
 - La franchise applicable pour les frais relatifs à chaque prestation et produit de santé pour les médicaments, actes effectués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation,
 - La franchise applicable pour chaque transport effectué en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence,
 - La franchise applicable aux prestations effectuées par un pharmacien d'officine et définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Les plafonds annuels et journaliers des participations forfaitaires et des franchises sont fixés par décret.

- La majoration de la participation aux tarifs servant de base au calcul des prestations du Régime Obligatoire (hors cas d'exonérations prévues par la législation en vigueur) si l'assuré n'a pas désigné de médecin traitant (article L.162-5-3 du Code de la sécurité sociale).
- La fraction de dépassement d'honoraires médicaux sur les actes et consultations, si l'assuré consulte sans prescription préalable de son médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins tels qu'autorisés au sein de la convention médicale nationale et ce, à hauteur du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

SANTÉ RESPONSABLE

B. L'optique**→ Au titre de la législation des contrats responsables, le contrat prévoit en optique :**

- La prise en charge pour le panier de soins à prise en charge renforcée, classe A, (100% santé) :
- de la participation de l'assuré (ticket modérateur) aux tarifs servant de base au calcul des prestations du Régime Obligatoire prévue à l'article L.160-13 I du Code de la sécurité sociale,
- de l'intégralité des frais d'acquisition des prestations et équipements d'optique médicale dans la limite des prix limites de vente des montures et des verres de classe A fixés par la liste des produits et prestations (LPP) mentionnée à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale.

La prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indice de réfraction différents ainsi que le supplément pour les verres avec filtre de classe A sont intégralement pris en charge dans la limite du prix limite de vente, déduction faite de la part prise en charge par le Régime Obligatoire.

- La prise en charge du panier « tarifs libres », classe B :
- de la participation de l'assuré (ticket modérateur) aux tarifs servant de base au calcul des prestations du Régime Obligatoire prévue à l'article L.160-13 I du Code de la sécurité sociale,
- des frais d'acquisition des prestations et équipements d'optique médicale, dans le respect des limites et plafonds déterminés à l'article R871-2 du code précité en sus du tarif servant de base au calcul des prestations du Régime Obligatoire.

Ces planchers et plafonds s'appliquent également lorsque l'assuré opte pour un équipement composé d'une monture appartenant à la classe A (100 % santé) et de verres appartenant à la classe B, et inversement. Dans ce cas, le plafond appliqué à l'ensemble de l'équipement est le plafond d'un équipement de classe B, dans la limite des prix limites de vente.

Ces dispositions s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture :

- par période de deux ans pour les assurés âgés de 16 ans et plus ;
- par période d'un an pour les assurés de moins de 16 ans ;
- par période de six mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Par dérogation, la période de deux ans, qui s'applique aux assurés de 16 ans et plus, est réduite à un an, en cas d'évolution de la vue.

C. Le dentaire**→ Au titre de la législation des contrats responsables, le contrat prévoit en dentaire :**

- La prise en charge de la participation de l'assuré (ticket modérateur) aux tarifs servant de base au calcul des prestations du Régime Obligatoire prévue à l'article L.160-13 I du Code de la sécurité sociale pour les soins dentaires y compris les soins d'orthopédie dento-faciale.

- La prise en charge pour le panier d'actes à prise en charge renforcée (100 % santé) :
- de la participation de l'assuré (ticket modérateur) aux tarifs servant de base au calcul des prestations du Régime Obligatoire prévue à l'article L.160-13 I du Code de la sécurité sociale pour les soins prothétiques dentaires,
- de l'intégralité des frais de soins prothétiques dentaires définis par arrêté, dans la limite des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale signée entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie prévue à l'article L. 162-9 du code précité.
- La prise en charge pour les paniers d'actes à reste à charge maîtrisé et d'actes à tarifs libres :
- de la participation de l'assuré (ticket modérateur) aux tarifs servant de base au calcul des prestations du Régime Obligatoire prévue à l'article L.160-13 I du Code de la sécurité sociale pour les soins prothétiques dentaires.

D. Les aides auditives**→ Au titre de la législation des contrats responsables, le contrat prévoit pour les aides auditives :**

- La prise en charge pour le panier de soins à prise en charge renforcée, classe I, (100% santé) :
- de la participation de l'assuré (ticket modérateur) aux tarifs servant de base au calcul des prestations du Régime Obligatoire prévue à l'article L.160-13 I du Code de la sécurité sociale pour les frais d'acquisition des aides auditives,
- de l'intégralité des frais d'acquisition des prestations et équipements dans la limite des prix limites de vente des aides auditives de classe I fixés par la liste des produits et prestations (LPP) mentionnée à l'article L. 165-1 du Code de la sécurité sociale.
- La prise en charge pour le panier « tarifs libres », classe II :
- de la participation de l'assuré (ticket modérateur) aux tarifs servant de base au calcul des prestations du Régime Obligatoire prévue à l'article L.160-13 I du Code de la sécurité sociale pour les frais d'acquisition des aides auditives,
- des frais d'acquisition des prestations et équipements dans le respect du plafond de 1700 euros par aide auditive déterminé par l'article R871-2 du code précité, incluant la part des dépenses prise en charge par le Régime Obligatoire.

Ces dispositions s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans suivant l'acquisition de l'équipement dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L. 165-1 du code précité.

E. Le tiers payant

- Au titre de la législation des contrats responsables, le présent contrat prévoit le bénéfice du mécanisme de tiers payant** au profit de l'assuré sur les prestations remboursées par le Régime Obligatoire prévues au présent contrat au moins à hauteur des tarifs servant de base au calcul des prestations du Régime Obligatoire.

SANTÉ RESPONSABLE

ART 14 LES BASES DE CALCUL ET LES PRINCIPES APPLICABLES AUX REMBOURSEMENTS**LES BASES DE CALCUL DES REMBOURSEMENTS**

Selon les postes de dépenses, les remboursements sont exprimés :

- **en pourcentage du tarif de base de remboursement du Régime Obligatoire. Ils tiennent compte du remboursement préalable du Régime Obligatoire (R.O).**

Il s'agit du tarif officiel du Régime Obligatoire sur lequel est appliqué le taux de remboursement du Régime Obligatoire :

- tarifs de convention ou d'autorité pour les actes cliniques médicaux et paramédicaux,
 - tarifs de responsabilité ou d'autorité pour les séjours hospitaliers, les frais de transport ou toute autre participation fixée par la réglementation en vigueur,
 - **sur la base des frais réels dans la limite du prix limite de vente pour les paniers 100% santé dentaire, optique et aides auditives.**
 - **Sur la base de forfaits :**
 - pour le poste optique (monture et verres) : forfait selon l'âge ou l'évolution de la vue de l'assuré (cf. article 13B),
 - pour les aides auditives : forfait tous les 4 ans par assuré,
 - pour les autres postes : forfait annuel par assuré.
- Pour ces forfaits, la fraction non utilisée par assuré au cours d'une année n'est pas reportable.
Les forfaits sont valables par année civile.

LES PRINCIPES APPLICABLES AUX REMBOURSEMENTS

L'assureur tient compte des informations figurant sur les décomptes du RO pour effectuer ses remboursements et notamment :

- Des pénalités appliquées par le RO en cas de non respect du parcours de soins.
- De la participation forfaitaire ou de la franchise.
- Du classement du médecin par le RO en tant que médecin ayant ou non adhéré à l'un des dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisés (option pratique tarifaire maîtrisée OPTAM ou option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique OPTAM-CO) pour le calcul de l'éventuelle prise en charge des dépassements d'honoraires.

Aucune contestation de l'assuré auprès de l'assureur n'est possible.

Les remboursements sont versés sous déduction des remboursements du RO et de tout éventuel organisme d'assurance complémentaire. Les remboursements sont conformes à la législation des contrats responsables et ne peuvent pas excéder les frais réels exposés.

Les niveaux de remboursement ainsi que les forfaits varient en fonction de la formule de garantie choisie par l'adhérent pour lui et sa famille. Ils sont détaillés dans le tableau des garanties figurant aux conditions particulières.

Seules les dépenses engagées pendant la période de garantie peuvent être indemnisées.

Quelle que soit la date des remboursements, c'est la date effective des soins intervenus qui est prise en compte pour la mise en œuvre des garanties.

ART 15 LES PRESTATIONS GARANTIES : RÈGLES DE REMBOURSEMENTS PAR POSTE DE DÉPENSES

Les niveaux de remboursement et les forfaits des prestations listées ci-dessous varient en fonction de la formule de garanties choisie par l'adhérent pour lui et sa famille et sont précisés au sein du tableau des garanties figurant aux Conditions Particulières.

A. Les soins courants**1. Les honoraires médicaux et paramédicaux**

Ce sont :

- les frais de médecine générale et spécialisée : consultations, visites à domicile, frais de déplacement, majorations de coordination, soins externes et actes de soins admis par le Régime Obligatoire au titre de ses remboursements,
- les honoraires de sage-femme,
- les honoraires du chirurgien, de l'anesthésiste,
- les actes de radiologie, d'imagerie et d'échographie,
- les actes dispensés en ville par les infirmières, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures et podologues.

Les prestations sont garanties, qu'il s'agisse de consultations de ville ou en établissements de soins dans le cadre d'une activité privée.

2. Les honoraires des psychologues

Ce sont les consultations de psychologues conventionnés dans le cadre du dispositif « MON SOUTIEN PSY ». Elles sont prises en charge en pourcentage du tarif de base de remboursement du Régime Obligatoire.

3. Les médicaments

Ce sont les médicaments remboursés par le Régime Obligatoire.

Ils sont pris en charge en pourcentage du tarif de base de remboursement du Régime Obligatoire.

4. Les analyses et examens de laboratoire

Ce sont les actes de prélèvements et d'analyses effectués en laboratoire.

Ils donnent lieu à une prise en charge en pourcentage du tarif de base de remboursement du Régime Obligatoire.

5. Le transport

Ce sont les frais pris en charge par le Régime Obligatoire. Ils donnent lieu à une prise en charge en pourcentage du tarif de base de remboursement du Régime Obligatoire.

6. Le matériel médical et autre appareillage

Ce sont les appareillages, le matériel d'orthopédie et les fauteuils roulants.

- Ils donnent lieu à une prise en charge en pourcentage du tarif de base de remboursement du Régime Obligatoire.
- Pour l'achat d'un fauteuil roulant uniquement, un forfait peut être versé en complément.

B. L'hospitalisation

L'assureur rembourse les dépenses de santé laissées à la charge de l'assuré au titre d'un séjour, en pourcentage du tarif de base de remboursement du Régime Obligatoire.

SANTÉ RESPONSABLE

Ces dépenses recouvrent :

1. Les honoraires

Ce sont les honoraires, les frais chirurgicaux et les soins externes des médecins.

2. Les frais hospitaliers

L'assureur rembourse les dépenses de santé laissées à la charge de l'assuré au titre d'un séjour, en pourcentage du tarif de base de remboursement du Régime Obligatoire.

a) Les frais de séjour hospitalier

Ils comprennent notamment : les frais d'hébergement, d'accueil (prix de journée), les frais de salle d'opération, les frais de soins, les frais de transport du malade les forfaits, médicaments ainsi que toute autre prestation entrant dans la tarification officielle du Régime Obligatoire.

b) Les prestations hospitalières à caractère forfaitaire

• Le forfait journalier hospitalier

Il est intégralement remboursé pour toute la durée de l'hospitalisation effective de l'assuré pour les séjours en établissement hospitalier dans les conditions prévues à l'article L.174-4 du Code de la sécurité sociale.

• La chambre particulière

Le supplément pour la chambre particulière est pris en charge dans le cadre d'un forfait.

La prise en charge est limitée à 90 jours pour les hospitalisations en établissement ou unité psychiatrique.

• Le lit d'accompagnant

Ce poste peut être pris en charge, dans le cadre d'un forfait en cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 18 ans et d'un enfant handicapé fiscalement à charge assurés au contrat, pendant un délai maximum de 30 jours par hospitalisation.

3. L'hospitalisation à domicile

Elle est prise en charge en pourcentage du tarif de base de remboursement du Régime Obligatoire selon la nature de l'acte effectué au domicile.

4. Cas particulier des séjours en établissements médico-sociaux

Il s'agit des séjours en établissements médico-sociaux ayant fait l'objet d'un accord préalable du Régime Obligatoire.

Ils peuvent être pris en charge dans la limite d'un séjour de 30 jours maximum par assuré et par année civile au titre :

- des frais de séjour en pourcentage du tarif de base de remboursement du Régime Obligatoire,
- du forfait journalier et de la chambre particulière.

C. Le Dentaire

1. Les soins

Ils comprennent la prise en charge des soins conservateurs, chirurgicaux et de prévention.

Ils sont pris en charge en pourcentage du tarif de base de remboursement du Régime Obligatoire.

2. Les soins et prothèses du panier 100 % Santé

Ils comprennent la prise en charge des prothèses dentaires et soins prothétiques au titre du panier d'actes à prise en charge renforcée « 100 % santé ».

3. Les prothèses

Ce sont les prothèses dentaires et soins prothétiques pris en charge au titre des paniers d'actes :

- à reste à charge maîtrisé,
- à tarifs libres.

Ils sont pris en charge en pourcentage du tarif de base de remboursement du Régime Obligatoire.

4. L'orthodontie et l'implantologie

a) L'orthodontie

- L'orthodontie prise en charge par le Régime Obligatoire est remboursée en pourcentage du tarif de base de remboursement du Régime Obligatoire.
- L'orthodontie non prise en charge par le Régime Obligatoire est remboursée à hauteur d'un forfait annuel avec une limite semestrielle par assuré.

b) L'implantologie

Les implants sont remboursés à hauteur d'un forfait annuel maximum par assuré après la fin du délai d'attente.

La prise en charge des prothèses, de l'orthodontie et des implants s'effectue dans la limite d'une enveloppe globale annuelle par assuré. Cette enveloppe globale ne s'applique pas pour le panier 100 % santé visé au 2.

D. L'optique

1. Les équipements du panier 100% Santé

Ils comprennent :

- une monture et deux verres,
- la prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indice de réfraction différents,
- le supplément pour les verres avec filtre de classe A.

Ils sont pris en charge au titre du panier de soins à prise en charge renforcée « Classe A ».

2. Les équipements du panier Tarifs libres

Ils comprennent une monture et deux verres.

Ils sont pris en charge au titre du panier de soins à tarifs libres « Classe B ».

Le forfait versé par assuré varie selon le degré de correction optique (cf. grille optique prévue par l'article R.871-2 3° du Code de la sécurité sociale figurant au sein du tableau des garanties).

Ces forfaits incluent la prise en charge du ticket modérateur et du Régime Obligatoire.

Si l'assuré opte pour un équipement composé d'une monture appartenant à la classe A (100 % santé) et de verres appartenant à la classe B, et inversement, le plafond appliqué à l'ensemble de l'équipement sera le forfait d'un équipement de classe B.

Dans tous les cas, le remboursement de la monture ne peut excéder 100 €.

SANTÉ RESPONSABLE

Pour le 1 et le 2, la période de renouvellement de l'équipement débute à compter de la date de facturation du premier élément de cet équipement. Si l'achat de l'équipement s'effectue en deux temps, c'est la date de facturation du premier élément de l'équipement optique (verres ou monture) qui est prise en compte comme point de départ de la période.

La prise en charge se renouvelle ensuite à l'issue de cette période.

3. Les lentilles

Ce sont les lentilles remboursées ou non remboursées par le Régime Obligatoire.

Elles sont prises en charge dans la limite d'un forfait annuel par assuré.

4. La chirurgie

Il s'agit des dépenses liées à la chirurgie réfractive pour le traitement de la myopie non remboursables par le Régime Obligatoire.

Elles sont prises en charge dans la limite d'un forfait annuel par assuré.

E. Les aides auditives

1. Les équipements du panier 100 % Santé

Ils comprennent une aide auditive par oreille par assuré. Ils sont pris en charge au titre du panier de soins à prise en charge renforcée « Classe I ».

2. Les équipements du panier Tarifs libres

Ils comprennent une aide auditive par oreille par assuré. Ils sont pris en charge au titre du panier de soins à tarifs libres « Classe II ».

Le remboursement s'effectue dans le cadre d'un forfait par assuré et par oreille variant en fonction de la formule choisie.

Ces forfaits incluent la prise en charge du ticket modérateur et du Régime Obligatoire.

Pour le 1 et le 2, la période de renouvellement débute à compter de la date de facturation de l'aide auditive ayant fait l'objet d'une prise en charge par le Régime Obligatoire. Elle court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

La prise en charge se renouvelle ensuite à l'issue de cette période.

F. La Prévention

1. Les actes de prévention remboursés par le R0

Ce sont les actes et consultations de prévention remboursés par le Régime Obligatoire.

Ils sont pris en charge en pourcentage du tarif de base de remboursement du Régime Obligatoire selon la nature de l'acte ou de la consultation effectués.

2. Les actes de prévention non remboursés par le R0

Ce sont des actes et consultations de prévention qui ne sont pas remboursés par le Régime Obligatoire.

Ils sont pris en charge dans la limite d'un forfait annuel :

- Forfait contraception par assuré,

- Forfait consultation diagnostic en diététique pour l'enfant assuré de moins de 12 ans,
- Forfait sevrage tabagique par assuré,
- Forfait vaccins non remboursables et le traitement antipaludéen par assuré,
- Forfait médicaments prescrits mais non pris en charge par la sécurité sociale.

G. Les autres prestations

1. La maternité

La prime de maternité est versée uniquement à l'assurée après la fin du délai d'attente, sur présentation d'un extrait d'acte de naissance ou d'adoption de l'enfant.

Elle est doublée en cas d'adoption ou de naissances multiples.

2. Les cures thermales acceptées par le R0

Ce sont les cures ayant fait l'objet d'un accord préalable du Régime Obligatoire.

Elles peuvent donner lieu à une prise en charge :

- des frais d'hospitalisation (hors frais de transport) en pourcentage du tarif de base de remboursement du Régime Obligatoire,
- du forfait journalier et de la chambre particulière.

3. Pack Bien-être optionnel

Il comprend la prise en charge :

- des consultations de soins non remboursées par le Régime obligatoire ne relevant pas d'un autre poste déjà garanti au contrat et pratiquées par un médecin ou un professionnel de santé autorisé avec un numéro RPPS ou ADEL ;
- des séances d'activités physiques adaptées prescrites médicalement en cas d'affection longue durée (ALD) et selon les dispositions réglementaires en vigueur ;
- des dispositifs médicaux connectés ou non, ne relevant pas d'un autre poste déjà garanti au contrat, suivants :
- tensiomètre, débitmètre de pointe, TENS neurostimulation électrique transcutanée, pilulier, oxymètre et thermomètre ;
- d'un forfait pour le bilan prévention santé kiné réalisé par un kinésithérapeute formé à la pratique de ce bilan.

ART 16 LES LIMITATIONS DE GARANTIES

Ne sont pas pris en charge :

- les soins effectués pendant les délais d'attente prévus à l'article 17B,
- les frais de cure de rajeunissement, de thalassothérapie et d'amaigrissement,
- les traitements esthétiques et les traitements de psychanalyse,
- les frais de transport et d'hébergement en cas de cure thermique sans hospitalisation,
- les frais de transport en cas de cure thermique avec hospitalisation dans les conditions prévues à l'article 15-G-2 du présent contrat,
- les frais de séjour à la campagne, à la mer, à la montagne ou en maison de retraite,

SANTÉ RESPONSABLE

- le dépassement des frais de transport si ces frais sont couverts par la sécurité sociale à un taux de 100 % sur la base d'un forfait,
- les frais annexes non thérapeutiques en séjour hospitalier (à titre d'exemple : télévision, téléphone,...), sauf garantie « Confort Hospitalisation » souscrite en option ou incluse dans la formule choisie,
- les cures de désintoxication.

TITRE III - LA MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES ET LES MODALITÉS PRATIQUES DES REMBOURSEMENTS

ART 17 L'ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES

A. Le principe général

Les garanties sont acquises pour chaque assuré dès la date de prise d'effet de la garantie précisée aux Conditions Particulières ou à l'avenant de modification, sous réserve des dispositions ci-après.

B. Les délais d'attente spécifiques

Un délai d'attente incompressible de dix mois à compter de la date d'effet de la garantie pour chaque assuré est applicable aux prestations suivantes :

- la prime de maternité,
- les implants dentaires.

La date des soins fait foi pour l'application du délai d'attente.

ART 18 LES CONDITIONS DE REMBOURSEMENT

A. La télétransmission

Tout adhérent bénéficie de la télétransmission informatique des décomptes du R.O vers l'assureur dès lors qu'une convention permettant les échanges informatisés est signée. La liste est disponible sur simple demande écrite.

L'assureur effectue ses remboursements auprès de l'adhérent dans un délai maximum de trois jours à compter du traitement effectif de sa Caisse d'Assurance Maladie, sans requérir les décomptes originaux (sauf cas particuliers : les frais hospitaliers, dentaires et optiques et cas où l'assuré ne bénéficie pas de la télétransmission).

B. Les pièces justificatives

Les justificatifs préalables suivants doivent être obligatoirement adressés à l'assureur pour les postes ci-après :

- frais hospitaliers et honoraires du chirurgien et de l'anesthésiste : l'original du décompte de l'organisme social obligatoire et la facture originale⁽¹⁾ détaillée et acquittée, sauf en cas de tiers payant hospitalisation (cf. article 19 la prise en charge hospitalière),

- prothèses dentaires et implants : la note d'honoraires ou la facture originale⁽¹⁾ détaillée et acquittée,
- optique : la prescription du médecin, le décompte original de la sécurité sociale et la facture originale⁽¹⁾ détaillée et acquittée de l'opticien, sauf en cas de tiers payant optique,
- autres forfaits prévus au contrat : la note d'honoraires ou la facture originale⁽¹⁾ détaillée et acquittée,
- dans le cas où l'assuré ne bénéficie pas de la télétransmission : les décomptes originaux du régime obligatoire ou les copies ameli.

L'assureur se réserve le droit de demander des pièces justificatives complémentaires.

Les remboursements sont établis par virement automatique.

⁽¹⁾ Copie, scan ou photo réservés aux assurés bénéficiant de la télétransmission informatique au profit du gestionnaire de leurs décomptes de Sécurité sociale par leur régime d'Assurance maladie, dans la limite de 400 euros par facture et sous réserve que l'assuré conserve pendant 12 mois les originaux pour nous les transmettre en cas de demande.

ART 19 LA PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

Lors de l'admission en milieu hospitalier et sous réserve de l'entente préalable sur présentation de la carte de tiers payant, l'assuré bénéficie d'une dispense d'avance des frais de séjour qui sont pris directement en charge par l'assureur sur présentation de la carte de tiers payant et qui concernent :

- le ticket modérateur,
- le forfait journalier.

Seuls les postes suivants sont directement facturés à l'assuré dès la sortie, sauf demande expresse d'entente préalable :

- la chambre particulière,
- le lit d'accompagnement.

Ces postes sont pris en charge en fonction de la formule choisie par l'adhérent et dans la limite des garanties prévues au contrat.

ART 20 LE TIERS PAYANT

Une carte de tiers payant est adressée à l'adhérent à l'adhésion, puis à chaque échéance annuelle.

Elle permet, pour lui et ses ayants droit, la dispense d'avance des frais pour la pharmacie, les hôpitaux, la biologie, les actes infirmiers, les actes de pédicure, la kinésithérapie, l'orthoptie, l'orthophonie, la radiologie, et est également accessible pour les soins externes en milieu hospitalier. Pour en bénéficier il est indispensable que celle-ci soit présentée aux professionnels de santé ou centres hospitaliers.

Si l'établissement ou le professionnel de santé ne permet pas le tiers payant ou que l'adhérent règle le ticket modérateur ou les dépassements, le remboursement correspondant interviendra uniquement après l'envoi d'une facture⁽¹⁾ détaillée acquittée à l'assureur.

SANTÉ RESPONSABLE

L'assuré doit signaler tout changement dans les informations qui figureraient sur ce document, notamment en ce qui concerne les assurés couverts.

(¹) Copie, scan ou photo réservés aux assurés bénéficiant de la télétransmission informatique au profit du gestionnaire de leurs décomptes de Sécurité sociale par leur régime d'Assurance maladie, dans la limite de 400 euros par facture et sous réserve que l'assuré conserve pendant 12 mois les originaux pour nous les transmettre en cas de demande.

TITRE IV - LES GARANTIES ET SERVICES COMPLÉMENTAIRES

ART 21 LA GARANTIE CONFORT HOSPITALISATION

Cette garantie permet à l'assuré de bénéficier d'une indemnité journalière forfaitaire en cas d'hospitalisation en contrepartie de la couverture des frais annexes tels que le téléphone, la télévision et les services payants (presse, coiffeur, ...).

La mise en œuvre de la garantie « confort hospitalisation » s'effectue dans les conditions suivantes :

- En cas d'hospitalisation d'une durée supérieure à deux jours, quelle qu'en soit la cause, dès le 1^{er} jour de présence. Cette condition de durée est supprimée en cas d'accident.
- En cas d'accouchement, dès le 7^{ème} jour de présence.

La garantie « confort hospitalisation » :

- permet une durée maximum d'indemnisation, continue ou cumulée, de 180 jours par an.
- cesse de plein droit le 31 décembre de l'année durant laquelle l'assuré atteint ses 75 ans.
- est assortie des mêmes limites de garanties que celles prévues à l'article 16 du présent contrat.

ART 22 L'OPTION ALLOCATION JOURNALIÈRE DES AGENTS TITULAIRES OU STAGIAIRES NON MÉDICAUX DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE DE CATÉGORIE STATUTAIRE A, B ET C

A. Définition de la garantie

L'allocation Journalière intervient en cas de perte de salaire de l'adhérent assuré, non prise en charge en totalité par l'établissement public et/ou tout autre organisme d'œuvres sociales, dans le cadre d'un congé de maladie ordinaire, de longue maladie ou de longue durée prévu par l'article 41-2°, 3° et 4° de la loi du 9 janvier 1986 modifiée.

B. Personnes assurées et conditions d'adhésion à la garantie

- Seul l'adhérent répondant au statut visé à l'article 1 peut bénéficier de la garantie, à l'exclusion de ses ayants droit,
- Cette garantie ne peut être choisie qu'en complément

de la formule « **Santé Responsable/Confort** », « **Santé Plus Responsable/Optimum** » ou « **Prémium** »,

- Aucune déclaration médicale ayant trait à l'état de santé de l'assuré n'est exigée,
- L'âge maximum à l'adhésion est la veille du 46^{ème} anniversaire.

C. Entrée en vigueur - Cessation - Résiliation de la garantie

La garantie est acquise après un délai d'attente incompressible **de douze mois** suivant la date d'effet de la garantie.

La garantie n'a pas de caractère viager.

Elle cesse de plein droit si l'adhérent n'est plus titulaire d'une formule « **Santé Responsable/Confort** », « **Santé Plus Responsable/Optimum** », ou « **Prémium** » ou en cas de perte de la qualité d'agent titulaire ou stagiaire non médical de la fonction publique hospitalière et au plus le tard le 31 décembre de l'année durant laquelle l'assuré atteint ses 65 ans.

Elle cesse en cas de suppression par l'adhérent de la garantie dans les conditions visées à l'article 5C.

Par ailleurs, les cas de résiliation prévus à l'article 9 ci-avant s'appliquent.

D. Montant de l'allocation journalière

Lors des 3 premiers mois d'un congé maladie ordinaire l'allocation versée correspond à 10% du montant forfaitaire calculé en fonction de la formule santé responsable choisie et selon la catégorie statutaire de l'agent (A, B ou C) telle que mentionné aux conditions particulières.

En cas de travail à temps partiel, le montant de l'allocation journalière et de la cotisation sont calculés proportionnellement au temps de travail figurant sur le bulletin de salaire.

Le montant de l'allocation est revalorisé au 1^{er} janvier de chaque année selon un pourcentage décidé d'un commun accord entre l'assureur et le souscripteur et **dans la limite de l'évolution annuelle du salaire minimum de la fonction publique constatée au 1^{er} octobre de l'année précédente.**

La prestation n'est pas revalorisée en cours de service.

E. Règlement de l'allocation journalière

Le versement de l'allocation est conditionné à l'intervention de la Sécurité Sociale et/ou de l'établissement ainsi que de tout autre organisme d'œuvres sociales.

L'allocation est versée **dans la limite de la perte de salaire effective**, sous déduction du traitement éventuel à la charge de l'établissement public et/ou de tout autre organisme d'œuvres sociales et/ou de tout autre organisme complémentaire, étant précisé que les allocations à caractère familial, les indemnités fonctionnelles et professionnelles ne sont pas comprises dans la perte de salaire.

Elle est versée **pour une durée maximum de 9 mois.**

La durée maximum de l'allocation de 9 mois peut être épuisée au cours d'une ou plusieurs périodes d'indemnisation.

SANTÉ RESPONSABLE

Pour toute nouvelle période, la durée possible de versement de l'allocation est fixée sous déduction du nombre de jours déjà indemnisés.

Néanmoins si une reprise d'activité d'au moins 12 mois est intervenue depuis la dernière période d'indemnisation, la durée contractuelle de 9 mois est intégralement reconstituée.

F. Cessation du versement de la prestation

Le versement de l'Allocation Journalière cesse de plein droit, dès qu'une reprise d'activité est médicalement reconnue possible (sauf service à temps partiel pour raison thérapeutique autorisé par le comité médical), en cas de nouvelle période de maintien du traitement intégral par l'établissement public et/ou tout autre organisme d'œuvres sociales, en cas d'épuisement de la durée d'indemnisation de 9 mois, en cas de liquidation du régime obligatoire de retraite, en cas de congé n'entrant plus dans le cadre de l'une des maladies visées au paragraphe A, de perte de la qualité d'agent titulaire ou stagiaire non médical de la fonction publique hospitalière, en cas de décès et au plus le 31 décembre de l'année des 65 ans.

G. Pièces justificatives à fournir en cas de sinistre

L'assuré doit adresser à l'assureur une demande d'indemnisation, accompagnée notamment :

- du dernier bulletin de salaire ;
- de l'attestation du Directeur de l'établissement précisant la situation de l'Adhérent : la date d'entrée dans l'établissement, les dates de début et de fin de placement en congé maladie ordinaire ou longue maladie ou maladie longue durée, la rémunération (plein traitement et/ou traitement partiel) et éventuellement les prestations du Centre de Gestion des Œuvres Sociales (CGOS) ;
- le cas échéant, de l'avis ou décision du Comité Médical départemental ;
- et des éventuels décomptes de prestations de la sécurité sociale et/ou de tout organisme complémentaire.

Il adresse ensuite mensuellement les mêmes pièces.

H. Modalités de règlement par l'assureur

L'allocation est payable par virement automatique, à terme échu, le premier de chaque mois sous réserve que l'ensemble des pièces justificatives médicales ou administratives nécessaires à la prise en charge ou à la prolongation du service de l'allocation journalière soient adressées à l'assureur avant le 20 du mois précédent.

I. Cotisation

La cotisation prévue à l'article 8 est fixée en fonction de l'âge atteint par l'assuré à la date d'adhésion puis à chaque 1^{er} janvier, de la catégorie statutaire (A, B ou C) et de la formule santé choisie.

Elle est revalorisée conformément à l'article 8B2. Par ailleurs, la part de cotisation afférente à cette garantie évolue également en fonction de la catégorie statutaire, de la formule santé choisie ainsi qu'en cas d'éventuelles réformes des règles de maintien du traitement intégral

par l'établissement public et de tout autre organisme d'œuvres sociales.

J. Modifications du niveau de garantie en cours de contrat

Le niveau de l'Allocation Journalière est modifié en cas de changement par l'adhérent de sa formule santé. Il est également modifié en cas de changement de la catégorie statutaire de l'adhérent (catégorie A, B ou C). Dans ce cas, l'Adhérent a l'obligation d'informer l'assureur dans les 15 jours de ce changement (article 5D).

A défaut, c'est le niveau de garantie correspondant à son ancien statut qui s'applique en cas de versement de l'allocation.

K. Dispositions complémentaires

La subrogation prévue à l'article 10 est applicable aux allocations journalières.

ART 23 LES SERVICES MACSF ASSISTANCE SANTÉ : CONDITIONS COMMUNES AUX PRESTATIONS D'ASSISTANCE SANTÉ A DOMICILE ET PRESTATIONS POUR L'ADHÉRENT AIDANT

Extrait de la convention N°7217 du 16 novembre 2018 entre MACSF assurances et IMA SERVICES, Société par Actions Simplifiée Unipersonnelle au capital de 3 553 329 euros dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 430.336.552. Les prestations d'assistance sont mises en œuvre par IMA SERVICES, ci-après dénommée MACSF assistance.

A. Conditions d'application des prestations

Les prestations d'assistance ne peuvent être mises en œuvre qu'avec l'accord préalable de MACSF assistance.

MACSF assistance intervient 24h/24 7j/7 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires au numéro suivant :

Depuis la France métropolitaine : **3233** Service gratuit
+ prix appel
Depuis l'étranger : +33 1 71 14 32 33

1. Intervention et application des prestations

La garantie prend effet à compter de la date d'adhésion figurant au sein des conditions particulières ou de l'avenant établissant son insertion.

Ces prestations n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale ni l'intervention habituelle de personnes telles que les assistantes maternelles et les employés de maison. Elle ne doit pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

L'application de ces prestations est appréciée en fonction de la situation personnelle du bénéficiaire. Le nombre

SANTÉ RESPONSABLE

d'heures attribué pourra donc être inférieur au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins du bénéficiaire, MACSF assistance se base sur des critères objectifs liés à son environnement et sa situation de vie notamment : taille du logement, composition du foyer familial, niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et aides déjà existantes.

La prestation «aide-ménagère à domicile ou auxiliaire de vie» est mise en place soit dès le premier jour de l'hospitalisation pour venir en aide aux proches demeurant au domicile, soit au retour au domicile ou à compter du premier jour d'immobilisation au domicile.

L'urgence, qui justifie l'intervention de MACSF assistance, se trouvant atténuée en cas de séjour dans un Centre de Convalescence du fait du temps dont dispose le bénéficiaire pour organiser son retour au domicile, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins du bénéficiaire. Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.

Les prestations d'assistance sont mises en œuvre par MACSF assistance ou en accord préalable avec elle. MACSF assistance ne participera pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, MACSF assistance pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

S'il s'agit de l'employé qui s'occupe habituellement des tâches quotidiennes, de la garde des enfants ou des personnes dépendantes, des animaux ou encore du soutien scolaire des enfants, MACSF assistance procède au remboursement des frais supplémentaires sur présentation des justificatifs correspondants (CESU, fiche de salaire, copie du chèque ou bordereau de virement de salaire), **dans la limite du nombre d'heures évalué par MACSF assistance et des frais que MACSF assistance aurait engagés selon les conditions définies au sein de la prestation.**

Le montant du remboursement prend en compte le crédit d'impôt de 50 % de la dépense supportée appliqué aux services à la personne.

Dès lors que certaines prestations ne peuvent être mises en œuvre par MACSF assistance en outre-mer, elles sont prises en charge par MACSF assistance dans la limite des barèmes retenus en France métropolitaine. **Cette prise en charge est conditionnée à l'accord préalable de MACSF assistance et la présentation par le bénéficiaire de justificatifs.**

2. Faits générateurs

Les prestations d'assistance à domicile s'appliquent en cas :

- d'accident corporel ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue ou une immobilisation imprévue au domicile,
- de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant une nuit entraînant une immobilisation au domicile,
- d'évènement traumatissant,

- en cas de survenance de la perte d'autonomie de l'Aidé sous réserve qu'elle survienne dans les 3 mois précédant la date d'effet du contrat ou après la date d'effet du contrat.

Dans les conditions spécifiées à chaque article.

3. Territorialité

Les prestations d'assistance s'appliquent en France Métropolitaine (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) ainsi que dans les départements et régions d'Outre-Mer.

Le transport de bénéficiaires ou de proches par le moyen le plus adapté, prévu pour certaines prestations, est mis en œuvre dans les conditions suivantes :

- Si le domicile de l'adhérent est situé en France métropolitaine, le transport est effectué en France métropolitaine.
- Si le domicile de l'adhérent est situé en outre-mer, le transport est effectué au sein de la collectivité de résidence de l'adhérent.

4. Pièces justificatives

MACSF assistance se réserve le droit de demander la justification médicale de l'évènement générant la mise en œuvre des prestations (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat d'invalidité ...).

B. Vie du contrat

1. Durée des prestations

Les prestations s'appliquent pendant la période de validité du contrat « Santé Responsable » souscrit par l'adhérent auprès de la MACSF.

2. Résiliation

Les prestations d'assistance cessent de plein droit en cas de résiliation du contrat souscrit par l'adhérent auprès de la MACSF pour tout évènement survenu ultérieurement ainsi qu'en cas de résiliation du contrat d'assurance souscrit par la MACSF auprès de la MACSF assistance. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par la MACSF assistance.

3. Protection des données personnelles

Les dispositions relatives aux données personnelles sont précisées à l'article 12 de la présente notice d'information valant conditions générales.

Parmi les données recueillies par MACSF assistance, il y a :

- des données relatives à l'identification des personnes parties, intéressées ou intervenantes au contrat ;
- des données relatives à la situation familiale ;
- des données de localisation des personnes ou des biens en relation avec la prestation d'assistance.

Les données nécessaires à la mise en œuvre des prestations d'assistance sont transmises aux prestataires de MACSF chargés de l'exécution de ces prestations, en particulier MACSF assistance, ainsi qu'à tout intervenant dans l'opération d'assistance. Elles sont susceptibles d'être transmises hors

SANTÉ RESPONSABLE

de l'Union Européenne en cas d'événement générateur survenant hors de cette territorialité. Elles peuvent être accessibles ou transmises à des sous-traitants techniques pour les opérations d'administration et de maintenance informatiques.

Des enregistrements des conversations téléphoniques sont susceptibles d'être effectués par MACSF assistance pour des besoins de formation, d'amélioration de la qualité et de prévention des litiges. Le bénéficiaire peut s'y opposer en le signalant au conseiller lors des contacts téléphoniques.

C. Limitations et exclusions à l'application des prestations

1. Fausse déclaration

Toute fausse déclaration sur la date, la nature, les causes, les circonstances et les conséquences de l'événement à l'origine de la demande de règlement du bénéficiaire entraîne la perte du droit à prestation. Il en est de même en cas d'usage de moyens frauduleux, de faux documents, de faux renseignements, de faux justificatifs ou de l'absence de production de pièces, MACSF Assistance se réservant le droit de procéder à tout contrôle des informations transmises lors de l'exécution et de la gestion des prestations. Les indemnités ou prestations déjà réglées devront alors être remboursées à MACSF Assistance.

2. Force majeure

MACSF assistance ne sera pas tenu responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que pandémie, épidémie, guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, attentat, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

3. Exclusions

SONT EXCLUS :

- les demandes de remboursement sans présentation de justificatifs,
- les maladies ou accidents antérieurs à la date d'effet du contrat,
- les maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 mois précédant la demande d'assistance,
- les conséquences d'une tentative de suicide,
- les états résultant de l'usage de drogues, de stupéfiants non ordonnés médicalement et d'alcools,
- les accidents liés à la pratique d'un sport dans le cadre d'une compétition officielle organisée par une fédération sportive et pour laquelle une licence est délivrée,
- les séjours en maison de repos et cures thermales,
- les interventions à caractère esthétique,
- l'immobilisation pour état pathologique résultant de la grossesse, correspondant à la période supplémentaire de congé de deux semaines (14 jours maximum consécutifs ou non) avant le début du congé prénatal.

Ainsi que les conséquences des risques graves et sériels :

Qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques de la part des autorités sanitaires internationales et/ou locales du pays où le bénéficiaire séjourne.

D. Définitions

Accident corporel

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

Adhérent

Personne physique ayant souscrit un contrat « Santé Responsable » auprès de la MACSF.

Aidant

- L'Adhérent,
- Son conjoint de droit ou de fait, pacsé ou concubin,
- Leurs enfants qui apporte seul ou en complément de l'intervention d'un professionnel, l'aide humaine rendue nécessaire par la perte d'autonomie d'un proche et qui n'est pas salarié pour cette aide.

Aidé

Le proche dont la perte d'autonomie nécessite la présence d'une tierce personne pour l'accomplissement des tâches et activités de la vie quotidienne.

Animaux domestiques

Chiens à l'exception des chiens de catégorie 1 (chiens d'attaque) et de catégorie 2 (chiens de garde et de défense), Chats, NAC (Nouveaux Animaux de Compagnie) : lapins, oiseaux (perroquet, perruche, mandarins ou canaris), furets, tortues et rongeurs (souris, rats, octodons, chinchillas, hamsters, cochons d'inde, gerbilles, écureuils de Corée).

Bénéficiaires des prestations d'assistance à domicile

- l'adhérent,
- son conjoint : époux, concubin, ou cosignataire de PACS, non séparés,
- leurs enfants âgés de moins de 26 ans fiscalement à charge. En cas de séparation des parents, les enfants dont la résidence est fixée en alternance au domicile de chacun des parents (garde alternée) ou au domicile de l'un d'eux (avec un droit de visite et d'hébergement) sont également assurés,
- les personnes dépendantes et vivant sous le même toit que l'adhérent.

Centre de convalescence

Structures de soins qui contribuent à une réadaptation post-hospitalisation. Les centres de rééducation, les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), les maisons de repos, les centres de cure thermique sont assimilés à des centres de convalescence. Les centres de convalescence ne sont pas considérés comme des établissements hospitaliers.

Chirurgie ambulatoire

Acte de chirurgie réalisé au bloc opératoire sous anesthésie, n'incluant pas de nuit d'hospitalisation.

SANTÉ RESPONSABLE

Domicile

Lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'adhérent en France.

Pour les prestations à destination des adhérents Aidants :

Lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'Aidant ou de l'Aidé en France. Ne sont pas assimilés au domicile les établissements, médicalisés ou non, ayant pour vocation d'accueillir des personnes en perte d'autonomie.

État pathologique résultant de la grossesse

Se caractérise par une grossesse où la mère et/ou l'enfant courent un risque pour leur santé. Une grossesse pathologique fait l'objet d'une prise en charge et d'un suivi spécifique.

Événement traumatisant

Événement ressenti comme traumatisant tel que accident, maladie grave, décès, ...

France

France métropolitaine (par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) ainsi que les départements et régions d'Outre-Mer.

Hospitalisation

Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé, consécutif à une maladie ou un accident, incluant au moins une nuit.

Hospitalisation imprévue

Hospitalisation correspondant à une intervention ou un acte médical qui ne peut être reporté de plus de 3 mois.

Hospitalisation programmée

Hospitalisation correspondant à une intervention ou un acte médical reporté de plus de 3 mois.

Immobilisation

L'immobilisation se traduit par une incapacité à réaliser soi-même les tâches de la vie quotidienne à son domicile, consécutive à une maladie ou un accident, constatée par une autorité médicale compétente. L'état pathologique résultant de la grossesse est considéré comme une immobilisation.

Immobilisation imprévue

Immobilisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent. Se traduit par une incapacité à réaliser soi-même les tâches de la vie quotidienne à son domicile, consécutive à une maladie ou un accident, constatée par une autorité médicale compétente. L'état pathologique résultant de la grossesse est considéré comme une immobilisation.

Intervention chirurgicale

Acte de chirurgie réalisé au bloc opératoire sous anesthésie, incluant une seule nuit d'hospitalisation.

Maladie

En cas d'hospitalisation imprévue ou d'immobilisation imprévue :

Altération soudaine et imprévisible de la santé n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

En cas d'hospitalisation programmée :

Altération de la santé n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

Personne dépendante

Proche dépendant vivant sous le même toit que l'adhérent.

Perte d'autonomie

Une perte d'autonomie est caractérisée par l'incapacité définitive (totale ou partielle) à accomplir seul au moins un des quatre actes suivants : préparer son repas, faire sa toilette, s'habiller, se déplacer.

Petit-enfant

Enfant de moins de 16 ans dont la garde temporaire a été confiée à l'adhérent grand-parent.

Proche

Toute personne physique désignée par le bénéficiaire ou un de ses ayants droit.

Proche en perte d'autonomie

- Conjoint de droit ou de fait, pacsé ou concubin,
- Ascendants directs,
- Frères, sœurs, beau-père, belle-mère, oncle, tante.

Taches quotidiennes

Le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité.

ART 24 LES PRESTATIONS D'ASSISTANCE SANTÉ A DOMICILE

A. Les prestations accessibles dès la souscription

1. Informations sociales

En cas de besoin sur des informations à caractère social, MACSF assistance oriente le bénéficiaire vers les services appropriés ou recherche pour lui et lui communique les informations souhaitées.

2. Conseil social

En cas de besoin d'aide et d'accompagnement en matière de droits sociaux, MACSF organise et prend en charge jusqu'à 5 entretiens téléphoniques avec un Travailleur Social, **sur une période de 12 mois**.

Il évalue les besoins du bénéficiaire, identifie ses priorités et lui propose des solutions adaptées.

Ces conseils sont accessibles du lundi au vendredi, hors jours fériés.

3. Informations juridiques

En cas de question d'ordre juridique, MACSF assistance met ses juristes à la disposition du bénéficiaire pour lui apporter, par téléphone, des réponses en matière de droit français dans des domaines suivants : famille, santé,

SANTÉ RESPONSABLE

droit du travail, retraite, dépendance, succession, fiscalité, administration, justice, vie pratique, vacances à l'étranger... Ce service est accessible du lundi au samedi de 8h à 19h, hors jours fériés.

4. Informations médicales

En cas de demande d'informations et de conseils médicaux, hors urgence médicale, une équipe médicale renseigne le bénéficiaire, dans les 48h, sur les thèmes suivants : pré-hospitalisation, post-hospitalisation, grossesse (examens à effectuer, médicaments proscrits), nourrisson (alimentation, sommeil, hygiène, vaccinations), troubles du sommeil, gestion du stress, conseil dépistage cancer, médicaments, vaccins, risques médicaux...

Les conseils médicaux donnés ne peuvent en aucun cas être considérés comme des consultations médicales ou un encouragement à l'automédication et ils ne remplacent pas le médecin traitant.

En cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les services médicaux d'urgence.

5. Recherche de médecin, infirmière, intervenant paramédical

En cas d'absence ou d'indisponibilité de son médecin traitant, si le bénéficiaire a besoin d'un médecin, hors urgence médicale, MACSF assistance lui communique les coordonnées d'un médecin et peut même, en cas de besoin et en dehors des heures d'ouverture des cabinets et officines, lui communiquer les coordonnées d'une infirmière ou d'intervenants paramédicaux.

6. Aide pratique aux actes de la vie courante

En cas de besoin du bénéficiaire d'être aidé dans ses actes du quotidien, MACSF assistance met à sa disposition une palette de services et organise par téléphone à sa demande :

- des soins à domicile (garde malade, infirmière, kinésithérapeute...).
- une aide aux tâches domestiques (courses, entretien du linge, portage de repas, coiffeur à domicile, petits travaux d'appoint...).

Les frais de déplacement et honoraires du personnel mandaté restent à la charge du bénéficiaire.

MACSF assistance peut également lui indiquer les coordonnées d'organismes fournissant à domicile des soins médicaux, des services repas, des soins esthétiques...

MACSF assistance peut enfin se charger de rechercher de façon ponctuelle une personne pour :

effectuer une démarche administrative, faire des courses, accompagner le bénéficiaire lors d'une visite médicale.

Ces interventions restent à la charge du bénéficiaire.

MACSF assistance ne peut être tenu pour responsable des conséquences d'éventuels retards, empêchements ou faute du personnel contacté.

B. Les prestations axées prévention

Coaching motivationnel par la plateforme médico-sociale

MACSF assistance propose d'informer et de conseiller

le bénéficiaire via un coaching motivationnel dispensé par la plateforme médico-sociale.

Ce coaching se compose d'entretiens téléphoniques avec une infirmière diplômée d'état sous la responsabilité d'un médecin. Il est réalisé dans le cadre d'appels programmés dont le nombre est fonction du profil du bénéficiaire, et peut aller **jusqu'à 5 appels durant une période de 6 mois.**

Les principales thématiques traitées sont l'alimentation et le tabac, visant à prévenir l'apparition ou à maîtriser les facteurs de risques.

Le service de coaching motivationnel est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

C. En cas d'hospitalisation, d'immobilisation ou de chirurgie ambulatoire

Si le bénéficiaire ou son conjoint font l'objet :

- d'une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours,
- OU d'une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours,
- OU d'une chirurgie ambulatoire ou une intervention chirurgicale comprenant une nuit d'hospitalisation entraînant une immobilisation au domicile de plus de 5 jours,

ils peuvent bénéficier de l'assistance.

MACSF assistance peut organiser et prendre en charge les prestations décrites aux paragraphes 1 à 9 dans les conditions détaillées ci-après.

Pour les paragraphes 10 et 11, les conditions d'application sont spécifiées à chaque article.

1. Aide-ménagère à domicile ou auxiliaire de vie

La venue d'une aide au domicile du bénéficiaire pour réaliser des tâches quotidiennes ou d'une auxiliaire de vie, selon le besoin est prise en charge.

Cette prestation est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

Le nombre d'heures attribué est évalué par MACSF assistance selon la situation et ne peut excéder 40 heures à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 60 jours suivant l'événement.

2. Prise en charge des enfants*

• Déplacement ou transfert

Sont pris en charge :

- Le déplacement d'un proche aller - retour pour garder les enfants du bénéficiaire au domicile
- OU le transfert aller - retour des enfants du bénéficiaire ainsi que celui d'un adulte les accompagnants, (train 1^{ère} classe ou avion classe économique), auprès de proches susceptibles de les accueillir.

En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, MACSF assistance organise et prend en charge l'accompagnement des enfants du bénéficiaire par l'un de ses prestataires.

• La garde des enfants

Si aucune de ces solutions ne convient, MACSF assistance organise et prend en charge la garde de jour des enfants

SANTÉ RESPONSABLE

au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés.

Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par MACSF ASSISTANCE selon la situation et ne peut excéder 30 heures sur 30 jours suivant l'événement.

* Par enfant, nous entendons, les enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou enfants handicapés sans limite d'âge.

3. Prise en charge des personnes dépendantes

• Déplacement ou transfert

Sont pris en charge :

- **Le déplacement d'un proche aller et retour** en France pour garder les personnes dépendantes au domicile.
- **OU le transfert aller et retour en France des personnes dépendantes** auprès de proches susceptibles de les accueillir.

En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, MACSF assistance organise et prend en charge l'accompagnement des personnes dépendantes par l'un de ses prestataires.

• La garde des personnes dépendantes

Si aucune de ces solutions ne convient, MACSF assistance organise et prend en charge la garde de jour des personnes dépendantes au domicile par l'un de ses intervenants habilités, du lundi au vendredi, hors jours fériés.

Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par MACSF assistance selon la situation et ne peut excéder 30 heures sur 30 jours suivant l'événement.

4. Présence d'un proche au chevet

Le déplacement aller - retour d'un proche et son hébergement pour 3 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 60 € TTC par nuit.

5. Services de proximité

• Livraison de médicaments et/ou de petit matériel médical

MACSF assistance prend en charge la recherche des médicaments prescrits par un médecin à la pharmacie la plus proche du domicile et leur livraison au domicile lorsque le bénéficiaire, son conjoint, ou un de ses proches n'est pas en mesure de s'en charger.

Le petit matériel médical (transportable dans un véhicule de tourisme) nécessité par l'état de santé du bénéficiaire est mis à disposition dans les mêmes conditions.

La livraison est prise en charge dans la limite de 100 € TTC et le prix des médicaments et/ou du petit matériel médical demeure à la charge du bénéficiaire.
Cette prestation est mise en œuvre dans la limite de 2 fois par an.

• Portage de repas

MACSF assistance prend en charge la livraison d'un pack de 5 à 7 jours de repas* lorsque le bénéficiaire, son conjoint, ou un de ses proches n'est pas en mesure de les préparer lui-même ou de les faire préparer par son entourage.

Le bénéficiaire trouvera, lors de la commande, une écoute pour l'aider à composer ses repas en fonction de ses choix

alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en sodium, hypocalorique). Il lui sera proposé un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons.

La livraison est prise en charge dans la limite de 100 € TTC et le prix des repas demeure à la charge du bénéficiaire.

Cette prestation est mise en œuvre dans la limite de 2 fois par an.

* Sont considérés comme repas le déjeuner et le dîner. Le petit-déjeuner est exclu de la prestation.

• Livraison de courses

MACSF assistance prend en charge la livraison d'une commande lorsque le bénéficiaire, son conjoint, ou un de ses proches n'est pas en mesure de faire les courses. Les frais de livraison sont remboursés sur présentation d'un justificatif.

Lorsque les disponibilités locales ne permettent pas le service de livraison à domicile, MACSF assistance organise et prend en charge la livraison par taxi.

La livraison est prise en charge dans la limite de 100 € TTC et le prix des courses demeure à la charge du bénéficiaire.
Cette prestation est mise en œuvre dans la limite de 2 fois par an.

6. Prise en charge des animaux domestiques

MACSF assistance prend en charge le transport et l'hébergement des animaux domestiques vivant au domicile du bénéficiaire jusqu'à un centre agréé de proximité ou chez un proche résidant en France dans un rayon maximum de 100 km autour du domicile du bénéficiaire.

Les frais de transport et/ou de garde sont pris en charge pendant l'hospitalisation et pour une durée maximum de 30 jours.

Cette prestation s'applique à la condition que les animaux aient reçu les vaccinations obligatoires et est mise en œuvre 2 fois par an et dans la limite de 2 animaux.

Sont EXCLUS du bénéfice de cette prestation les chiens dangereux tels que définis dans l'arrêté du 27/04/1999.

7. Transport

Lorsqu'un transport sur le lieu de travail, aux rendez-vous médicaux et paramédicaux, aux activités scolaires ou périscolaires des enfants à charge doit être assuré et qu'aucune solution n'est possible auprès de vos proches, MACSF assistance organise et prend en charge, un transport non médicalisé aller et retour par taxi ou par VSL **dans la limite de 100 € TTC.**

Cette prestation est mise en œuvre dans la limite de 2 fois par an.

8. Service de téléassistance

MACSF assistance propose un service d'aide à la sécurité du bénéficiaire et à son maintien à domicile, permettant d'obtenir un secours rapide en cas d'incident à domicile ainsi que des services complémentaires.

SANTÉ RESPONSABLE

Le contenu et les modalités d'application de ce service font l'objet d'un contrat individuel à souscrire séparément. **Les frais inhérents à ce service restent à la charge du bénéficiaire.**

9. Prestations de bien-être

MACSF assistance rembourse sur facture **dans la limite de 50 € TTC** les services suivants : esthéticienne, coiffeur, prothésiste capillaire, y compris ceux réalisés à domicile, dans l'année suivant l'événement.

Ces prestations sont remboursées dans la limite de 2 fois par an.

10. Fermeture du domicile quitté en urgence

Si le bénéficiaire ou son conjoint est hospitalisé de façon imprévue plus de 2 jours suite à un accident ou une maladie soudaine et imprévisible, en l'absence d'un proche présent localement, MACSF assistance organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile **dans la limite de 2 heures** afin de s'assurer que l'habitation du bénéficiaire soit apte à rester fermée pendant une durée indéterminée.

Cette prestation comprend :

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

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

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

Si nécessaire, MACSF assistance organise et prend en charge, **dans la limite de 100 € TTC**, le trajet aller en taxi pour récupérer les clés et les remettre à l'intervenant. La même prise en charge est accordée en fin de mission pour la restitution des clés.

Cette prestation est mise en œuvre dans la limite de 2 fois par an.

11. Préparation du retour au domicile

Si le bénéficiaire ou son conjoint est hospitalisé de façon imprévue plus de 14 jours suite à un accident ou une maladie soudaine et imprévisible, en l'absence d'un proche présent localement, MACSF assistance organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile **dans la limite de 4 heures** pour permettre un retour au domicile dans les meilleures conditions.

Cette prestation comprend :

- La réouverture du domicile avec notamment l'ouverture des volets, de l'eau, du gaz, de l'électricité et des appareils électriques,

- La mise en température du chauffage du logement,
- Le ménage,
- Les courses. **Le coût des courses demeure à la charge du bénéficiaire.**

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

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

Si nécessaire, MACSF assistance organise et prend en charge, **dans la limite de 100 € TTC**, le trajet aller en taxi pour récupérer les clés et les remettre à l'intervenant dans les 24 heures précédant la date de sortie de l'hôpital. La même prise en charge est accordée en fin de mission pour la restitution des clés.

Si les clés ne peuvent être remises à l'intervenant préalablement à la sortie de l'hôpital et qu'il a été missionné 48 heures avant cette sortie, l'intervenant accomplira sa mission le jour de votre retour à domicile.

D. En cas de maladie ou d'accident au domicile

Transport à l'hôpital

En cas de besoin d'aide et de conseils pour se rendre à l'hôpital, outre les secours de première urgence auxquels le bénéficiaire doit faire appel en priorité, MACSF assistance peut apporter son aide ou ses conseils dans l'organisation du transport aller et retour à l'hôpital par le moyen le plus approprié dans un rayon de 100 km autour du domicile avec prise en charge en complément des remboursements de la sécurité sociale ou de tout autre organisme d'assurance maladie complémentaire.

E. Événement traumatisant Soutien psychologique vie privée / vie professionnelle

Si un événement ressenti comme traumatisant par le bénéficiaire nécessite l'accompagnement d'un expert, MACSF assistance organise et prend en charge selon la situation **jusqu'à 3 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien.**

L'entretien téléphonique vise à proposer une orientation vers les dispositifs adaptés (psychiatre, psychologue spécialisé, association...) si le psychologue le juge nécessaire. Dans ce cas, MACSF assistance organise et prend en charge **jusqu'à 12 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien dans la limite de 80 € TTC par entretien.**

Les entretiens doivent être exécutés dans un délai de 12 mois à compter de la date de survenance de l'événement. La prestation est accessible 24h sur 24.

F. Enfants blessés ou malades

Si l'un des enfants du bénéficiaires est blessé ou malade, et si le bénéficiaire a besoin d'un relais pour veiller sur lui ou sur ses autres enfants, il peut contacter MACSF assistance dans les cas suivants :

SANTÉ RESPONSABLE

- une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours d'un enfant,
- une hospitalisation imprévue de plus de 24h d'un enfant.

MACSF assistance peut organiser et prendre en charge les prestations décrites dans les conditions détaillées ci-après.

1. Prise en charge des enfants*

MACSF assistance organise et prend en charge l'une des prestations suivantes :

- **Le déplacement d'un proche aller - retour** pour garder les enfants au domicile.
- **OU la garde de jour des enfants au domicile** par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés.

Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par MACSF assistance selon la situation et ne peut excéder 30 heures sur 30 jours suivant l'événement.

2. Garde des autres enfants* valides

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, MACSF assistance organise et prend en charge la garde de jour des autres enfants du foyer par :

- **Le déplacement aller-retour d'un proche,**
- **OU** s'il y a lieu **la venue d'un intervenant habilité** du lundi au vendredi, hors jours fériés.

Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par MACSF assistance selon la situation et ne peut excéder 30 heures sur 30 jours suivant l'événement.

* Par enfant, nous entendons, les enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou enfants handicapés sans limite d'âge.

3. Soutien scolaire en ligne ou à domicile

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une immobilisation imprévue de plus de 15 jours de l'enfant du bénéficiaire, l'empêchant de suivre sa scolarité normalement, le bénéficiaire peut contacter MACSF assistance .

• Soutien scolaire en ligne

MACSF assistance prend en charge l'accès à un site de cours en ligne, adaptés au niveau scolaire de l'enfant de manière à combler les lacunes dues à son immobilisation.

Le site propose des cours pour les enfants du primaire au secondaire, dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), sur une **durée maximale de 6 mois**.

• **OU** Soutien scolaire à domicile

MACSF assistance organise et prend en charge un soutien pédagogique sous la forme de cours particuliers au domicile ou en milieu hospitalier sur accord des médecins, adaptés au niveau scolaire de l'enfant de manière à combler les lacunes dues à son immobilisation.

Ils sont proposés aux enfants du primaire au secondaire, dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), du lundi au vendredi, hors vacances scolaires et jours fériés, **jusqu'à 3 heures par jour, dans la limite de 10 heures par semaine sur une durée maximale de 10 semaines suivant l'événement.**

ART 25 LES PRESTATIONS POUR L'ADHÉRENT AIDANT

A. Informations et mise en relation

1. Informations médicales

Une équipe médicale communique à l'Aidant des informations et conseils médicaux sur les domaines suivants :

- Perte d'autonomie : attitudes préventives pour prévenir les chutes, conseils sur la santé et informations sur les risques médicaux,
- Conseils et prévention en matière de voyage, de vaccinations, d'hygiène et d'alimentation,
- Loisirs : attitude préventive face à la reprise d'une activité sportive, pratique de sports à risques.

Les conseils médicaux donnés ne peuvent en aucun cas être considérés comme de consultations médicales ou un encouragement à l'automédication et ils ne remplacent pas le médecin traitant. En cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les services médicaux d'urgence.

2. Confort à domicile

MACSF assistance communique à l'Aidant, par téléphone 24h24 et 7j/7 les coordonnées de prestataires parmi les corps de métiers suivants : plombier, vitrier, serrurier, électricien.

Les frais engagés avec le prestataire restent en totalité à la charge de l'Aidant ou l'Aidé, y compris le déplacement et la première heure de main d'œuvre.

MACSF assistance ne s'engage pas sur les délais d'intervention, les heures d'intervention, le montant des travaux.

3. Services à la personne

MACSF assistance met en relation l'Aidant ou l'Aidé avec des professionnels du service à la personne agréés Loi Borloo. **Les frais engagés avec ce prestataire restent en totalité à la charge de l'Aidant ou l'Aidé.**

MACSF assistance ne s'engage pas sur les délais d'intervention, les heures d'intervention, le montant des prestations.

B. Soutien de l'aidant

1. Conseil social

MACSF assistance organise et prend en charge un conseil social au profit de l'Aidant. Cette prestation est réalisée par un Travailleur Social qui évalue les besoins d'aide et d'accompagnement en matière de droits sociaux, identifie les priorités et propose des solutions.

Ces conseils sont accessibles du lundi au vendredi, hors jours fériés.

2. Bilan social

MACSF assistance organise et prend en charge un bilan social réalisé par un Travailleur Social. Celui-ci évalue les besoins d'aide et d'accompagnement de l'Aidé en prenant en compte sa ou ses problématiques.

Prestations :

- diagnostic pour identifier les besoins et repérer les points de vigilance,
- aide à la réflexion et à la décision,

SANTÉ RESPONSABLE

- choix du lieu de vie,
- recherche des aides financières possibles,
- identifier les ressources locales (accueil de jours, associations...),
- mise en place de l'organisation la plus pertinente,
- identification des priorités et envoi d'une synthèse à l'Aidant, avec des préconisations personnalisées sur sa situation.

Si nécessaire, un suivi téléphonique sur 6 mois peut être proposé pour la coordination et la mise en œuvre du plan d'actions.

Cette prestation est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés, et doit être exécutée **dans les 12 mois suivant l'événement**.

3. Préparation au rôle d'Aidant

MACSF assistance organise et prend en charge un bilan téléphonique avec un ergothérapeute.

Cette prestation prend en compte l'évaluation à distance de la situation de l'Aidé dans son lieu de vie. Elle répond aux besoins des personnes pour lesquelles une intervention rapide est souhaitée pour une problématique très ciblée (entrer et sortir de la baignoire, utiliser son véhicule,...), ne nécessitant pas une intervention sur site.

Elle comprend :

- Le recueil des éléments de contexte sur la situation de l'Aidé : situation de fragilité, sortie d'hospitalisation, de SRR (soins de suite et de réadaptation), immobilisation temporaire, handicap ou dépendance, situation d'Aidant...
- Le recueil des données relatives aux capacités du bénéficiaire, aux habitudes de vie, à l'environnement matériel, architectural et humain, à l'organisation en place.

Cette évaluation est complétée par des conseils et si besoin des préconisations sur les aides techniques, les possibilités d'aménagement, les orientations vers le réseau local (associations locales...) ...

À la fin de ce bilan, une note faisant état des solutions et préconisations évoquées au téléphone est adressée au bénéficiaire et/ou ses proches : documentations, illustrations, information sur les coûts ... pour permettre la mise en œuvre effective.

Cette prestation répond à la problématique du bénéficiaire direct et à celle de ses aidants non professionnels à domicile. Les solutions proposées tendent à restaurer le niveau d'indépendance des personnes aidées et à faciliter la relation d'aide des personnes aidantes dans l'optique d'une vie à domicile sécurisée et pérenne.

Cette prestation doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'événement.

4. Soutien psychologique

MACSF assistance organise et prend en charge, au profit de l'Aidant, **jusqu'à 3 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien. Les entretiens doivent être exécutés dans un délai de 12 mois à compter de la date de survenance de l'événement. La prestation est accessible 24h sur 24.**

C. Formation de l'aidant

MACSF organise (**sans prendre en charge**) la venue d'un ergothérapeute au domicile (2 interventions de 2h) afin de faciliter le quotidien de l'Aidant grâce à :

- L'étude de l'organisation du quotidien,
- L'aide à l'acquisition des gestes et postures dans la vie quotidienne et la manutention de personnes (lever, toilette, habillage...),
- L'apprentissage de matériels spécifiques, appareillages, aides techniques,
- L'acquisition des savoir-être et savoir-faire nécessaires pour accompagner et vivre avec des personnes présentant des troubles cognitifs de type démence, cérébrolésion (aider à gérer la fatigabilité, éviter l'apparition des « troubles du comportement », communiquer plus efficacement...),
- Des conseils pour favoriser la pérennité de la relation d'aide harmonieuse.

D. Maintien à domicile

Les prestations décrites ci-après sont proposées en cas d'installation de l'Aidé chez l'Aidant ou de l'Aidant chez l'Aidé.

1. Bilan situationnel au domicile par un ergothérapeute

MACSF assistance organise (**sans prendre en charge**) la venue d'un ergothérapeute au domicile de l'Aidant ou de l'Aidé si l'Aidé vit chez l'Aidant.

Cette prestation prend en compte l'évaluation de la personne dans son lieu de vie : évaluation des capacités de la personne, de ses habitudes de vie, de l'organisation en place, de son environnement (équipements, cadre bâti, environnement humain,...).

Cette évaluation est complétée par l'envoi d'un rapport consignait et illustrant les solutions proposées pour en permettre la mise en œuvre (nouvelle organisation, équipements, croquis des aménagements éventuels, informations sur les coûts, documentation et adresses de proximité).

Cette prestation répond à la problématique de l'Aidé et à celle de l'Aidant non professionnel à domicile. Les solutions proposées tendent à restaurer le niveau d'indépendance de la personne aidée et à faciliter la relation d'aide de la personne aidante dans l'optique d'une vie à domicile sécurisée et pérenne.

2. Service travaux pour aménagement du domicile

Lorsque l'ergothérapeute préconise des solutions d'aménagements du domicile, MACSF assistance se met en relation avec une structure du groupe IMA qui servira d'intermédiaire avec des professionnels du bâtiment pour une aide à la réalisation de travaux d'aménagement de l'habitat n'entrant pas dans le champ de la prestation décennale des constructeurs visée aux articles 1792 et suivants du code civil.

Le service comprend :

- la mise en relation avec un professionnel de son réseau pour l'établissement sur place d'un diagnostic des travaux d'aménagement à effectuer ainsi qu'un devis,

SANTÉ RESPONSABLE

- le contrôle administratif du devis (le contrôle porte sur le taux de TVA, la mention de la durée de validité du devis et les conditions de règlement),
- un avis sur la corrélation entre le descriptif du projet d'aménagement et les prestations proposées par le professionnel,
- un avis sur les prix mentionnés sur le devis par comparaison aux prix du marché.

Le coût des travaux reste à la charge de l'Aidant ou de l'Aidé qui doit transmettre au groupe IMA le procès-verbal de fin de travaux ainsi que la facture acquittée.

3. Aide au déménagement

Afin de permettre le déménagement de l'Aidé ou de l'Aidant, MACSF assistance communique, 24h/24 et 7j/7, les coordonnées d'entreprises de déménagement ou de sociétés de garde-meuble.

Le prix du déménagement reste à la charge de l'Aidant ou de l'Aidé.

E. En cas de non maintien au domicile de l'aide

1. Accompagnement à l'entrée en établissement

Afin d'accompagner l'Aidant dans la décision relative au placement en établissement de l'Aidé, les travailleurs sociaux de MACSF assistance peuvent apporter leur expertise dans les domaines suivants :

- recueil des attentes du placement,
- informations sur les typologies d'établissements existants et leur localisation (EHPAD, FAM, foyer-logement, village-résidence...),
- conseils relatifs aux points de vigilance lors d'une visite d'un établissement,
- informations sur les modes de financement et aide aux démarches,
- recherche de la solution la plus adaptée.

Cette prestation est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

2. Visite de maisons d'accueil

Afin de permettre la visite d'établissements, MACSF assistance communique, 24h/24 et 7j/7, les coordonnées de sociétés de taxi.

Le prix du transport reste à la charge de l'Aidant ou de l'Aidé.

3. Aide au déménagement

Afin de permettre le déménagement de l'Aidé, MACSF assistance communique, 24h/24 et 7j/7, les coordonnées d'entreprises de déménagement ou de sociétés de garde-meuble.

Le prix du déménagement reste à la charge de l'Aidant ou de l'Aidé.

4. Nettoyage du logement quitté

MACSF assistance communique, 24h/24 et 7j/7, les coordonnées d'entreprises de nettoyage.

Les frais d'intervention restent à la charge de l'Aidant ou de l'Aidé.

5. Assistance à l'entrée en maison d'accueil

Si l'Aidé le souhaite, MACSF assistance organise (sans prendre en charge) au plus trois fois par an :

- Le transfert de l'Aidé en ambulance ou en taxi selon son état et éventuellement la prescription de son médecin traitant, de son domicile vers l'établissement spécialisé qui l'accueille dans un rayon de 100 km autour de son domicile.
- La présence de l'Aidant ou de toute autre personne désignée par l'Aidé pour l'installation :
 - ➔ Voyage aller et retour de l'Aidant ou de toute autre personne désignée par l'Aidé résidant en France métropolitaine afin qu'il se rende sur le nouveau lieu de résidence du bénéficiaire Aidé pour l'y installer
 - ➔ Séjour à l'hôtel de l'Aidant ou de toute autre personne désignée par l'Aidé.

TITRE V - LES DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES AU CONTRAT GROUPE

ART 26 LES STATUTS DE L'ASSOCIATION SOUSCRIPTRICE

Les statuts, le règlement intérieur ainsi que la liste des membres du Conseil d'Administration de l'association souscriptrice sont disponibles pour l'assuré sur simple demande par courrier au siège de l'ALAP, situé 11 rue Brunel 75017 PARIS.

Les statuts prévoient notamment :

- l'objet et les coordonnées du siège social de l'association,
- l'établissement par le Conseil d'Administration de l'association d'un rapport annuel sur le fonctionnement du contrat groupe tenu à disposition des adhérents,
- la tenue, au moins une fois par an, d'une assemblée générale et les modalités d'exercice du droit de vote des adhérents,
- les conditions financières du bon fonctionnement de l'association et sa situation comptable.

ART 27 LE MANDAT SPÉCIAL DE GESTION ET D'INFORMATION DONNÉ PAR L'ASSOCIATION SOUSCRIPTRICE A L'ASSUREUR

En application d'un mandat spécial annuellement reconductible, l'assureur est chargée par l'association de la gestion générale du contrat groupe, ainsi que de l'information individuelle des assurés, notamment sur l'évolution des dispositions contractuelles.

A. L'information

Cette information porte sur :

- la communication des statuts et du règlement intérieur de l'association souscriptrice,

SANTÉ RESPONSABLE

- la communication des nom, profession et fonction des membres du conseil d'administration,
- les modalités d'adoption et du contenu des avenants modificatifs du contrat groupe,
- les conditions et les conséquences de la résiliation du contrat groupe par le souscripteur ou l'assureur.

B. Les modalités d'adoption des avenants modificatifs du contrat groupe

Indépendamment de la revalorisation des cotisations, garanties et prestations définie à l'article 8 du présent contrat, le contrat groupe ne peut être modifié que par l'assureur accord entre l'association souscriptrice et l'assureur.

Ces aménagements peuvent notamment intervenir dans les cas suivants :

- évolution du cadre législatif, réglementaire ou fiscal,
- évolution des régimes obligatoires de prévoyance,
- évolution des besoins spécifiques du groupe assuré en matière de garanties,
- évolution de la composition démographique du groupe assuré,
- évolution des résultats techniques du contrat,
- évolution des conditions de la réassurance.

Par ailleurs, le contrat groupe est susceptible d'être modifié de plein droit par l'effet des dispositions législatives ou réglementaires impératives ou modifiant le régime des contrats responsables.

En cas d'accord entre l'association souscriptrice et l'assureur, tout aménagement du contrat de groupe fait l'objet d'un avenant modificatif voté en assemblée générale des membres de l'association, et doit être adopté à la majorité. Celui-ci est adressé de façon individuelle à chaque adhérent au contrat groupe 3 mois avant son entrée en vigueur.

Tout avenant est applicable à l'ensemble des adhésions, à l'exclusion des sinistres en cours d'indemnisation ou survenus avant la conclusion de l'avenant, qui demeurent régis par les dispositions contractuelles antérieures.

C. Conditions et conséquences de la résiliation par l'association souscriptrice ou l'assureur

La résiliation du contrat groupe intervient de plein droit dans les deux cas suivants :

- en cas de dissolution ou de cessation d'activité du souscripteur,
- en cas de retrait de l'agrément de l'assureur.

L'association souscriptrice et l'assureur peuvent également résilier le présent contrat groupe le 31 décembre de chaque année, avec un préavis de trois mois notifié par lettre recommandée.

Conformément à l'article 7 de la Loi du 31/12/1989 :

- Le non renouvellement ou la résiliation du contrat groupe, même par dissolution, est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant son exécution,

- en cas de résiliation du contrat groupe, l'assureur s'engage à proposer individuellement à chaque assuré le maintien des garanties de même nature que celles dont il disposait précédemment.

LEXIQUE

Le présent lexique définit certains termes fréquemment usités ; il s'applique à l'ensemble de la présente notice d'information valant conditions générales à l'exclusion des articles 23, 24 et 25 du présent contrat

ADHÉRENT

La personne physique qui signe le bulletin d'adhésion et qui est tenue au paiement des cotisations.

ANALYSES ET EXAMENS DE BIOLOGIE

Ensemble des examens (prélèvements, analyses...), généralement réalisés par un laboratoire d'analyses de biologie médicale.

ASSURÉS

Personnes physiques désignées aux conditions particulières et qui bénéficient des prestations du contrat (adhérent et ayant(s) droit).

BASE DE REMBOURSEMENT (BR)

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

CHIRURGIE RÉFRACTIVE

Différentes techniques chirurgicales (notamment l'opération de la myopie au laser) qui permettent de corriger les défauts de la vision.

CONSULTATION MÉDICALE

L'examen physique et/ou mental d'un patient par un médecin généraliste ou spécialiste, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme, généralement effectué au cabinet du professionnel de santé, en centre de santé ou au sein d'un établissement de santé, ou à distance, dans le cadre d'une téléconsultation.

DÉPASSEMENT D'HONORAIRES

Pratique d'honoraires supérieurs au tarif de convention, fixés par le praticien, non remboursés par le régime obligatoire.

DISPOSITIFS DE PRATIQUES TARIFAIRES MAÎTRISÉES (OPTAM / OPTAM-CO)

Ces dispositifs prennent la forme de deux options de pratiques tarifaires maîtrisées :

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée,

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique.

Ce sont des options ouvertes à certains médecins par la convention signée avec le Régime obligatoire pour les accompagner dans la limitation des pratiques excessives de dépassement d'honoraires. En adhérant à cette option, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention précitée.

SANTÉ RESPONSABLE

LEXIQUE

FORFAIT JOURNALIER

Participation forfaitaire due par l'assuré pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24h dans un établissement de santé. Cette participation est prise en charge par le contrat.

FRANCHISE MÉDICALE

C'est la somme déduite des remboursements effectués par le Régime obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

MÉDECIN TRAITANT ET PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

En choisissant un médecin traitant, l'assuré fait le choix de bénéficier d'un suivi médical coordonné et d'une prévention personnalisée.

Le médecin traitant coordonne ses soins, l'oriente dans le parcours de soins coordonnés. Il connaît et gère son dossier médical et établit, si l'assuré est atteint d'une affection de longue durée, le protocole de soins en concertation avec les autres médecins qui suivent cette maladie et enfin il assure une prévention personnalisée.

Il concerne tous les assurés de l'assurance maladie obligatoire âgés de plus de 16 ans.

PARTICIPATION FORFAITAIRE

Montant forfaitaire non remboursé par l'assurance maladie obligatoire et qui reste à la charge de l'assuré. Cette participation forfaitaire concerne les consultations, les actes des médecins et les actes biologiques. La participation forfaitaire n'est pas remboursée par le contrat.

PRIX LIMITE DE VENTE

Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social.

RÉGIME OBLIGATOIRE

Régime d'assurance maladie auquel est obligatoirement affilié l'assuré social.

RESTE À CHARGE

C'est la part des dépenses de santé ou des frais qui reste à la charge de l'assuré après le remboursement du Régime obligatoire et de sa complémentaire santé.

SECTEUR CONVENTIONNÉ

Il s'agit des professionnels de santé libéraux du secteur 1 qui ont adhéré à la convention passée entre l'assurance maladie obligatoire et leurs représentants de leur profession et qui pratiquent des tarifs contrôlés dans le respect des bases de remboursement de l'assurance maladie obligatoire. Sont également conventionnés les professionnels de santé libéraux du secteur 2 qui sont autorisés par convention à dépasser les bases de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

SECTEUR NON CONVENTIONNÉ

Il s'agit des professionnels de santé libéraux qui n'ont pas adhéré à la convention passée entre l'assurance maladie obligatoire et leurs représentants de leur profession et qui pratiquent des tarifs libres. Le remboursement des actes par l'assurance maladie est effectué sur une base minorée.

SOUSCRIPTEUR

L'association ALAP, qui a négocié le contrat avec l'assureur, de façon à faire bénéficier ses adhérents des avantages d'un contrat collectif.

TICKET MODÉRATEUR (TM)

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par le Régime obligatoire (avant application sur celui-ci des participations forfaitaires ou franchises médicales).

TIERS PAYANT

Système de paiement qui évite à l'assuré de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins.

TÉLÉTRANSMISSION

Échange informatisé des données de remboursement entre le régime obligatoire et l'assureur complémentaire.

SANTÉ RESPONSABLE

