



**Notice d'information contractuelle
Offre Miltis**

**Notices d'informations contractuelles
Miltis Services Santé**

OFFRE MILTIS



Le présent document constitue la Notice d'information contractuelle, prévue par l'article L. 221-6 du Code de la mutualité. Il reprend les dispositions du contrat collectif à adhésion facultative de durée annuelle à tacite reconduction n° MSR 17, souscrit par l'association Actiom auprès de Miltis, mutuelle régie par les dispositions du livre II du Code de la mutualité.

Il a été conclu un contrat collectif à adhésion facultative de durée annuelle à tacite reconduction, n° MSR 17 entre :

- d'une part, l'Association ACTIOM, située au 8 avenue Roger Lapébie 33140 Villenave d'Ornon.
- et d'autre part, l'organisme assureur Miltis, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n°417 934 817), dont le siège social est situé 25, cours Albert Thomas – 69003 LYON.

Ce contrat est ouvert aux membres de l'association Actiom.

La gestion du contrat est déléguée à Alptis Assurances, société de gestion et de courtage dont le siège social est situé 25, cours Albert Thomas – 69445 LYON CEDEX 03.

Le niveau de garantie est précisé sur votre certificat d'adhésion.

Le contrat s'inscrit dans le cadre des dispositifs législatifs des contrats responsables et solidaires. Les relations précontractuelles et contractuelles entre les parties sont régies par le droit français et notamment par le Code de la mutualité. Les parties utiliseront la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

Notice d'information contractuelle

Offre Miltis

LEXIQUE

BÉNÉFICAIRES DES PRESTATIONS : Le membre participant et éventuellement ses ayants droit affiliés : son conjoint et leurs enfants à charge (âgés de moins de 20 ans ou 25 ans s'ils poursuivent des études), affiliés à un régime de base, et mentionnés dans le certificat d'adhésion.

BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BRSS) : Tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par le régime de base.

CERTIFICAT D'ADHÉSION : C'est le document envoyé au membre participant après acceptation de son bulletin d'adhésion. Il reprend les conditions d'admission et les garanties souscrites, ainsi que leur date de prise d'effet.

COUPLE-CONJOINT : Toutes personnes mariées ou ayant conclu un PACS ou vivant en concubinage.

GESTIONNAIRE : C'est l'organisme auprès duquel la Mutuelle a délégué la gestion de ses contrats, des cotisations et des prestations.

MEMBRE PARTICIPANT : Personne physique qui adhère à une garantie Offre Miltis.

MUTUELLE : Il s'agit de Miltis, mutuelle soumise au Livre II du Code de la mutualité, et assureur du présent contrat.

DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE : Contrat signé par certains médecins/praticiens favorisant l'accès aux soins par une meilleure prise en charge des patients. Les médecins/praticiens signataires s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraire.

RÉGIME DE BASE (RB) : Régime légal de protection sociale français auquel est obligatoirement affilié le bénéficiaire des prestations (Régime général de la sécurité sociale ; Régime des TNS ; Régime des exploitants agricoles : AMEXA ; Régime des salariés agricoles ; Régime des étudiants ; Régime d'Alsace-Moselle ; Régime des fonctionnaires)

TICKET MODÉRATEUR (TM) : Quote part restant à la charge de l'assuré, égale à la différence entre la base de remboursement et les remboursements du régime de base.

DESCRIPTIF DES PRESTATIONS

Les remboursements exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) incluent la prise en charge du régime de base.

Les montants exprimés en euros interviennent en complément de l'éventuelle part du régime de base.

Les forfaits intégrant une limite annuelle s'appliquent par bénéficiaire et par année civile. Toutefois, pour l'équipement optique les prestations sont allouées par période de deux (2) ans à compter de la date d'adhésion.

Les remboursements ne peuvent dépasser les frais réels restant à la charge du bénéficiaire des prestations. Les remboursements sont différents selon que votre praticien est adhérent ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Les garanties du présent contrat s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif des contrats d'assurances visés à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale dits "contrats responsables". **De ce fait, le remboursement ne pourra être inférieur au ticket modérateur pour les actes visés par le 1° de l'article R871-2 du Code de la sécurité sociale.**

| FRAIS PRIS EN CHARGE | NIVEAU 100+ | NIVEAU 175 |
|---|-----------------------|-----------------------|
| HOSPITALISATION MEDICALE (Y COMPRIS HOSPITALISATION A DOMICILE) / CHIRURGICALE / MATERNITÉ / ÉTABLISSEMENTS ET UNITÉS SPÉCIALISÉS (SECTEUR CONVENTIONNÉ ET NON CONVENTIONNÉ) | | |
| Frais de séjour | 100 % BRSS | 175 % BRSS |
| Honoraires : | | |
| • Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée | 100 % BRSS | 175 % BRSS |
| • Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée | 100 % BRSS | 155 % BRSS |
| Forfait hospitalier | Frais réels illimités | Frais réels illimités |
| Chambre particulière ⁽¹⁾ | 35 €/jour | 60 €/jour |
| Séjour accompagnant | Néant | 20 €/jour |
| Forfait de 18 €/Séjour | 100 % BRSS | 100 % BRSS |
| FRAIS MEDICAUX COURANTS | | |
| Consultations, visites généralistes et spécialistes, actes techniques médicaux, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie, actes de chirurgie, actes d'imagerie et d'échographie : | | |
| • Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée | 100 % BRSS | 175 % BRSS |
| • Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée | 100 % BRSS | 155 % BRSS |
| Analyses – Auxiliaires médicaux | 100 % BRSS | 175 % BRSS |
| Transport | 100 % BRSS | 175 % BRSS |
| Forfait de 18 € sur les actes médicaux > 120 € | 100 % BRSS | 100 % BRSS |
| PHARMACIE | | |
| Pharmacie prescrite et prise en charge par le régime de base | 100 % BRSS | 100 % BRSS |
| DENTAIRE | | |
| Soins dentaires | 100 % BRSS | 100 % BRSS |
| Inlays - Onlays | 125 % BRSS | 175 % BRSS |
| Prothèses dentaires prises en charge par le régime de base | 150 % BRSS | 250 % BRSS |
| Actes dentaires non pris en charge : prothèses dentaires (sauf prothèse provisoire et élément intermédiaire), implantologie, parodontologie | Néant | 300 €/an |
| Plafond dentaire (hors soins) | 500 €/an | 1000 €/an |
| Orthodontie prise en charge par le régime de base | 150 % BRSS | 250 % BRSS |

OPTIQUE ⁽²⁾

Équipement (1 monture + 2 verres) dans la limite d'un équipement tous les 2 ans, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue (tous les ans)

| | | |
|---|---------------------|---------------------|
| • Verre simple | 50 €/verre | 70 €/verre |
| • Verre complexe | 90 €/verre | 110 €/verre |
| • Verre très complexe | 90 €/verre | 110 €/verre |
| • Monture | 60 € | 90 € |
| Lentilles prescrites et prises en charge par le régime de base | 100% BRSS + 65 €/an | 100% BRSS + 90 €/an |
| Lentilles prescrites et non prises en charge par le régime de base (y compris lentilles jetables) | 65 €/an | 90 €/an |
| Chirurgie de l'œil | Néant | 150 €/œil/an |

ORTHOPÉDIE ET APPAREILLAGES

| | | |
|--|------------|------------|
| Appareillage auditif | 100 % BRSS | 175 % BRSS |
| Petit et grand appareillage ⁽³⁾ | 100 % BRSS | 175 % BRSS |

CURES THERMALES (PRISES EN CHARGE PAR LE RÉGIME DE BASE)

| | | |
|--|------------|------------|
| Honoraires praticiens adhérents ou non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée | 100 % BRSS | 100 % BRSS |
| Frais d'établissement | 100 % BRSS | 100 % BRSS |
| Frais de transport et d'hébergement | 100 €/an | 150 €/an |

BIEN-ÊTRE ET PRÉVENTION

| | | |
|---|------------|------------|
| Médecine douce : ostéopathie, acupuncture, chiropractie, podologie, diététicien, dans la limite de 2 séances par bénéficiaire et par an (toutes spécialités confondues) | Néant | 30 €/acte |
| Actes de prévention pris en charge par le régime de base | 100 % BRSS | 100 % BRSS |

SERVICES

| | | |
|---|-----|-----|
| Assistance MILTIS (Cf. Notice Miltis Services Santé) | OUI | OUI |
| Protection juridique MILTIS (Cf. Notice Miltis Services Santé) | OUI | OUI |
| Téléconsultation MédecinDirect (Cf. Notice Miltis Services Santé) | OUI | OUI |
| Tiers payant inclus et remboursement automatisés par télétransmission | OUI | OUI |
| Espace adhérent | OUI | OUI |

- (1) Limitée à 90 jours par an pour les établissements et unités spécialisés de psychiatrie, unités de soins de suite et de réadaptation.
- (2) **Verres simples** : verres simples foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries.
Verres complexes : verres simples foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs.
Verres très complexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.
- (3) Le Petit Appareillage (orthèses) comprend les bandages, genouillères, ceintures, corsets, appareils de correction (attelles, etc.), semelles orthopédiques, chaussures adaptées, bas de contention etc., hors pansements et optique médicale. (Titre II chapitre 1 de la LPPR). Le Grand Appareillage comprend les podo-orthèses, les ortho-prothèses, les prothèses oculaires et faciales et les véhicules pour handicapés physiques (le titre II chapitres 5, 6 et 7 et le Titre IV de la LPPR).

CONDITIONS GÉNÉRALES

OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat a pour objet de garantir au membre participant et le cas échéant à ses ayants droit, le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux qu'ils ont engagés, dans la limite des garanties et du niveau souscrit (cf. Descriptif des prestations).

DÉLÉGATION DE GESTION

La gestion administrative du présent contrat est confiée à ALPTIS Assurances, dont le siège social est situé 25, cours Albert Thomas – 69445 LYON CEDEX 03.

ADHÉSION ET VIE DU CONTRAT

Conditions d'adhésion

Pour être assurable au titre du présent contrat, le membre participant et ses éventuels ayants droit doivent être des personnes physiques résidant en France métropolitaine (**hors Monaco**) ou dans les DROM (**à l'exclusion de Mayotte**), à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin (**territoire français**). **Pour adhérer au contrat, le membre participant doit être âgé d'au moins 18 ans au moment de son adhésion.**

Tous les membres d'une même famille doivent souscrire le même niveau de garantie, à l'exception du couple si chacun d'eux dispose d'un numéro de sécurité sociale distinct et souhaite un niveau de garantie différent. Dans ce cas, chaque membre du couple complète son propre bulletin d'affiliation.

Les bénéficiaires des prestations doivent être affiliés à l'un des régimes de base de la protection sociale française (cf. lexique).

Il est précisé que les garanties ne sont pas éligibles au dispositif de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé prévu aux articles L. 863-1 et suivants du Code de la sécurité sociale.

Formalités d'adhésion

Le membre participant doit compléter, signer et dater un bulletin d'affiliation, en indiquant le niveau de garantie choisie et les éventuels ayants droit à garantir.

Prise d'effet de l'adhésion

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le bulletin d'affiliation sous réserve du paiement de la 1^{ère} cotisation.

La date d'effet ne peut être antérieure à la date de signature du bulletin d'affiliation.

Droit de renonciation

Le membre participant dispose d'un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la date de conclusion de celle-ci (qui correspond à la date d'émission du certificat d'adhésion).

En cas de renonciation, les dispositions suivantes s'appliquent (sauf dispositions particulières rappelées ci-après) :

- si des prestations ont été versées, le membre participant s'engage à rembourser à la Mutuelle les montants éventuellement perçus dans un délai de 30 (trente) jours ;
- si des cotisations ont été perçues, la Mutuelle les remboursera au membre participant dans un délai de 30 (trente) jours.

Informations précontractuelles spécifiques à la vente à distance

La garantie est vendue à distance si elle est conclue au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance, notamment vente par correspondance ou Internet.

Le membre participant dispose, dans le cadre de la présente garantie, d'un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la date de conclusion de la garantie à distance.

Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance sont à la charge du membre participant (coûts des communications téléphoniques, connexions à Internet) et ne feront l'objet d'aucun remboursement.

Informations précontractuelles en cas d'adhésion dans le cadre d'un démarchage à domicile

Le membre participant dispose, dans le cadre de la présente garantie, d'un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la date de conclusion de celle-ci (qui correspond à la date d'émission du certificat d'adhésion). Le membre participant ne peut plus exercer son droit de renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu les garanties du contrat.

Modalités d'exercice du droit de renonciation

Le courrier de renonciation devra être envoyé à Alptis Assurances - 25, cours Albert Thomas – 69445 LYON CEDEX 03, en recommandé avec avis de réception.

Modèle de lettre de renonciation :

"Je soussigné(e) (Nom, Prénom et numéro de membre participant), , demeurant à ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat (Nom et N° de contrat) que j'ai signé le (date).....".

A..... Le

Signature

Prise d'effet des garanties

Le droit aux prestations est acquis à la date de prise d'effet de l'adhésion ou de l'inscription au contrat en cas de modification de la situation de la famille.

Aucun délai d'attente ne s'applique sur les garanties.

Modification de la garantie

Après un an d'adhésion à la garantie, le membre participant peut demander la modification de sa garantie (en optant pour un niveau inférieur ou supérieur) pour un effet au 1^{er} janvier ou au 1^{er} juillet suivant la demande.

Conformément au contrat dit « responsable », le changement de niveau de garantie n'a pas pour effet d'octroyer un nouveau forfait « équipement optique » au bénéficiaire des prestations si ce dernier l'a consommé avant ledit changement. Le forfait « équipement optique » se renouvelle selon les modalités prévues à l'article "FONCTIONNEMENT DES PRESTATIONS DE L'ÉQUIPEMENT OPTIQUE" de la présente Notice.

La demande de modification de la garantie, adressée au Gestionnaire, devra se faire par lettre recommandée avec avis de réception en respectant un délai de préavis de 2 mois.

Durée de l'adhésion

La garantie acquise est viagère sauf en cas de déclarations inexactes faites à l'adhésion ou de perte de la qualité d'assuré social affilié à un régime de base ou dans les cas définis au paragraphe cessation des garanties. En cours de contrat, aucun bénéficiaire des prestations ne peut être exclu de la garantie, ni voir sa cotisation majorée en raison d'une dégradation de son état de santé.

L'adhésion s'entend pour la durée de l'année civile en cours, puis se renouvelle annuellement par tacite reconduction.

Changement de situation du bénéficiaire des prestations

Le membre participant doit informer le Gestionnaire par écrit, dans le mois qui suit tout changement dans la situation d'un bénéficiaire des prestations :

- d'un changement de situation familiale ayant un impact sur l'adhésion (mariage, décès, naissance, adoption, concubinage, pacte civil de solidarité (PACS), enfant de plus de 20 ans cessant d'être scolarisé) sur présentation d'un justificatif ;
- d'un changement d'adresse : par défaut, les lettres adressées au dernier domicile connu produiront tous leurs effets ;
- d'un changement du département de résidence : les modifications tarifaires éventuelles liées au changement du département de résidence, prennent effet au 1^{er} janvier suivant ;
- d'un changement du régime de base ;
- d'un changement de compte bancaire débité.

GARANTIES

Risques couverts

Les prestations garanties sont complémentaires aux prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime de base du bénéficiaire des prestations et leur attribution est subordonnée à la déclaration et à la prise en charge par cet organisme des frais engagés par le bénéficiaire des prestations (sauf mention explicite dans le descriptif des prestations). Les prestations accordées par la mutuelle visent au remboursement des dépenses pour les types d'actes ci-après énumérés, sous réserve des exclusions figurant à l'article "Risques exclus".

Seuls les frais expressément mentionnés dans le descriptif des prestations sont pris en charge.

Hospitalisation médicale, chirurgicale, en établissements et unités spécialisés

Le forfait hospitalier, mentionné dans le descriptif de prestations, correspond au forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale fixé par arrêté.

Seuls sont pris en charge les soins et séjours effectués au sein des établissements sanitaires. On entend par établissements sanitaires :

- les établissements de médecine, chirurgie, obstétrique ;
- les établissements et unités spécialisés :
 - de psychiatrie,
 - de soins de suite,
 - de réadaptation.

Pour pouvoir être indemnisé, le séjour doit donner lieu en outre à facturation du forfait journalier (sauf dans le cas de l'hospitalisation à domicile).

Les séjours en établissements ou unités spécialisées sont pris en charge même s'ils ne font pas suite à une hospitalisation.

Les prestations et séjours effectués au sein des établissements médico-sociaux ne sont pas pris en charge.

Fonctionnement des prestations de l'équipement optique

Les prestations sont allouées conformément à la législation en vigueur du contrat "responsable" et par période de deux ans. Ce délais commence à courir à compter de la date de souscription du contrat (date de prise d'effet des garanties indiquées au sein du certificat d'adhésion).

Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, les prestations s'appliquent par période annuelle.

Les montants en euros des forfaits optiques du descriptif de prestations incluent 100 % du ticket modérateur.

Fonctionnement des montants exprimés en euros (hors équipement optique)

Les montants exprimés en euros sont alloués par année civile et par bénéficiaire à compter de la date d'effet de la garantie.

Plafonds dentaires

Les remboursements du poste Dentaire (hors soins) sont plafonnés (Cf. Descriptif de prestations).

Une fois les plafonds dentaires atteints, le remboursement est limité au ticket modérateur.

Pharmacie

La liste des médicaments et leur taux de prise en charge par la sécurité sociale est disponible sur le site medicaments.gouv.fr

Cures thermales

Seules les cures thermales médicalement prescrites et acceptées par le régime de base sont prises en charge.

Actes de médecine douce

Les actes non pris en charge par le régime de base sont remboursés dans les limites prévues au descriptif de prestations : spécialités reconnues, et nombre de séances toutes spécialités confondues.

Ces actes doivent être réalisés par des praticiens pouvant justifier d'un diplôme d'état ou universitaire, d'une formation certifiée par l'École de la spécialité ou d'une certification par la fédération française de la discipline.

Étendue territoriale des garanties

Les garanties sont accordées dans le monde entier lors des séjours n'excédant pas trois mois par an. Toutefois, l'indemnisation des soins effectués à l'étranger est subordonnée à la prise en charge par le régime de base en France.

Les remboursements de soins à l'étranger se font à hauteur du ticket modérateur uniquement pour les actes pris en charge par la sécurité sociale française.

Les règlements sont effectués en France et en euros.

DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Télétransmission

Afin d'éviter l'envoi des décomptes papiers, la mutuelle pratique la télétransmission informatique des décomptes de prestations du régime de base.

Lorsque celle-ci est opérationnelle, la mention "nous avons également transmis ces informations à votre organisme complémentaire" figure sur le décompte de votre régime de base. Le service de télétransmission est un service gratuit. Cette liaison est réalisée à réception des attestations délivrées avec la carte Vitale de tous les bénéficiaires des prestations inscrits.

Lorsque la télétransmission n'est pas opérationnelle, les bénéficiaires des prestations doivent adresser à la mutuelle ou à son délégataire de gestion les décomptes originaux des prestations délivrés par le régime de base pour obtenir le règlement des prestations. En outre, pour obtenir le règlement des prestations dont les montants sont exprimés en euros (dentaire, optique...), le bénéficiaire des prestations doit envoyer à la mutuelle les factures originales et acquittées pour les actes non pris en charge par le régime de base.

Dans tous les cas, la mutuelle peut subordonner le service des prestations à la communication préalable par le bénéficiaire des prestations d'informations ou justificatifs complémentaires. Le refus de communiquer les éléments demandés peut entraîner la perte de tous droits aux prestations.

La date des soins prise en compte est celle retenue par le régime de base sur le décompte.

Prise en charge en cas d'hospitalisation

En cas d'hospitalisation dans toute la France dans un établissement conventionné (cliniques, hôpitaux publics et privés) pratiquant le tiers payant avec les caisses de sécurité sociale, la mutuelle délivre des prises en charge.

Tiers payant

Le tiers payant permet aux bénéficiaires des prestations d'éviter l'avance de la partie des dépenses de santé dans la limite de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Cette dispense résulte d'accords conclus par les établissements et les praticiens et les organismes sociaux en application de l'article L. 160-10 du Code de la Sécurité sociale.

Le tiers payant est disponible dans tous les départements, ainsi qu'à Saint-Barthélemy et Saint-Martin (**territoire français**) et selon accords passés avec les praticiens.

Pour les prestations "Optique, Dentaire, Ostéopathie, Audioprothèse et Hospitalisation", le tiers payant évite l'avance des frais, dans la limite du contrat souscrit et dans la limite du ticket modérateur pour les autres actes.

Risques exclus

Ne sont pas pris en charge les frais qui sont la conséquence de :

- la guerre civile et étrangère ;
- la désintégration du noyau atomique ;
- les faits volontaires du bénéficiaire des prestations, y compris la mutilation volontaire et la tentative de suicide;
- l'usage de stupéfiants non ordonnés médicalement.

De plus, ne sont pas pris en charge :

- les frais relatifs aux soins effectués antérieurement à la date d'adhésion ou postérieurement à la date de cessation des garanties ;
- les séjours qui sont en cours à la date d'adhésion, dans tous types d'établissements, sauf si l'adhésion fait suite à une couverture antérieure, sans interruption entre les deux contrats ;
- les séjours et frais relatifs aux établissements et services sociaux, médico-sociaux, médico-pédagogiques ; aux établissements ou unités de longs séjours; aux établissements ou unités pour personnes âgées ;
- la chirurgie esthétique et les actes esthétiques non pris en charge par le régime de base ;
- les actes cotés hors nomenclature sauf mention contraire prévue dans le descriptif des prestations.

Le contrat dit "responsable" ne couvre pas, conformément à l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale et ses textes d'application :

I. la participation forfaitaire instaurée par l'article L. 160-13-II du Code de la Sécurité sociale et la franchise médicale instaurée par l'article L. 160-13-III du Code de la Sécurité sociale ;

II. les pénalités résultant du non-respect du parcours de soins :

- la majoration du ticket modérateur mentionnée à l'article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale ;
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;

III. Tout autre acte, prestation, majoration, franchise ou dépassement d'honoraire dont la prise en charge serait exclue par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

Aucune exclusion ne peut être opposée à la prise en charge des frais pour lesquels des obligations minimales de couverture sont fixées aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la sécurité sociale.

Limite de prestations

Conformément à l'article 9 alinéa 1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et à l'article 2 alinéa 1 du décret n° 90-769 du 30 août 1990, les remboursements ou indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix.

En tout état de cause, le cumul des remboursements obtenu du régime de base et des garanties complémentaires ne pourra dépasser les plafonds prévus par le dispositif du contrat responsable.

Cessation des garanties

Les garanties cessent dans les cas suivants :

- dès que le bénéficiaire des prestations ne remplit plus les conditions pour être garanti ;
- en cas d'exercice de la faculté de renonciation ;
- en cas de dénonciation de l'adhésion suite à une modification du contrat d'assurance de groupe, en application des dispositions de l'article L. 221-6 du Code de la mutualité ;
- en cas de décès du bénéficiaire des prestations ;
- en cas de résiliation par le membre participant à l'échéance annuelle au 31 décembre, par lettre recommandée, avec un préavis de 2 mois (avant le premier novembre) adressée à Alptis Assurances 25, cours Albert Thomas 69445 LYON CEDEX 03; les cotisations restent dues pour la totalité de l'exercice (jusqu'au 31 décembre) ;
- en cas de démission par le membre participant de l'association : celle-ci s'effectue dans les mêmes conditions que celles prévues ci-dessus en cas de résiliation par le membre participant ;
- en cas de non-paiement des cotisations : Cf. § DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS.

Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation. Les conditions de radiation d'un ayant droit sont identiques aux conditions de résiliation d'un membre participant.

COTISATIONS

Montant des cotisations

Le montant de la cotisation est fonction du niveau de garantie choisi, du département de résidence principale du membre participant, de l'âge des bénéficiaires des prestations, de la composition familiale et du régime de base.

À ces cotisations s'ajoutent la cotisation d'adhésion à l'association.

L'âge retenu est par différence de millésimes entre l'année d'adhésion et l'année de naissance du bénéficiaire de la prestation.

La gratuité de la cotisation à partir du 3^e enfant (ayant droit à charge du membre participant ou de son conjoint), cesse au 1^{er} janvier de l'année de ses 20 ans et au maximum au 1^{er} janvier de ses 25 ans s'il poursuit des études. À partir de cette date, l'enfant devra souscrire son propre contrat d'assurance santé complémentaire..

Cas particulier:

- le montant de la cotisation enfant n'évolue pas en fonction de l'âge jusqu'au 1^{er} janvier de l'année des 20 ans du bénéficiaire des prestations. A partir de cette date, il se verra appliquer une cotisation adulte.
- à compter du 1^{er} janvier de l'année de ses 91 ans, la cotisation du bénéficiaire des prestations n'évolue plus en fonction de l'âge.

Exemption du droit d'adhésion

Le droit d'adhésion à la mutuelle n'est pas dû pour les adhésions au présent contrat.

Païement des cotisations

Les cotisations sont payables d'avance annuellement. Elles peuvent faire l'objet d'un fractionnement semestriel, trimestriel ou mensuel.

Variations des cotisations et des garanties

Outre l'évolution en fonction de l'âge, les cotisations peuvent également évoluer au premier janvier de chaque année en fonction de l'évolution des dépenses de la sécurité sociale, et des résultats du contrat.

De même, les garanties et les cotisations peuvent être réactualisées à tout moment en cas de modification des remboursements des régimes de base, ou de la législation fiscale ou sociale.

Défaut de paiement des cotisations

En cas de non-paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, la Mutuelle adressera au membre participant par lettre recommandée, une mise en demeure pouvant entraîner sa résiliation à l'expiration d'un délai de quarante jours, dans les conditions définies à l'article L. 221-8 II du Code de la mutualité.

Les cotisations sont dues jusqu'à la fin de l'exercice en cours. Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation.

Exonération des cotisations

En cas de décès accidentel du membre participant ou de son conjoint inscrit au dossier, la mutuelle prend en charge les cotisations "Frais de santé", du conjoint et des enfants inscrits au dossier pendant deux ans à compter de la date du décès.

Cette prestation s'applique dans tous les départements ainsi qu'à Saint-Barthélemy et Saint-Martin (**territoires français**).

Pour bénéficier de l'exonération des cotisations "Frais de santé", adressez le certificat de décès à : Alptis Assurances, 25 cours Albert Thomas – 69445 LYON CEDEX 03.

LOI MADELIN

Le travailleur non-salarié, non agricole en activité peut bénéficier de la déductibilité fiscale de ses cotisations pour le présent contrat, s'il remplit les conditions prévues par cette loi. Il doit notamment être à jour du paiement de ses cotisations dues au titre de son régime obligatoire, et éventuellement de celles de son conjoint et de ses enfants.

DISPOSITIONS DIVERSES

Loi Informatique et Libertés

Les informations recueillies par la mutuelle ou par son délégataire sont nécessaires à l'appréciation de la demande d'affiliation et font l'objet d'un traitement informatique pour les besoins de la gestion de votre adhésion au contrat. Ces informations peuvent également être utilisées aux fins d'études statistiques, de prévention de la fraude ou d'obligations légales. Certaines de ces données seront transmises aux organismes appelés à connaître de l'adhésion pour sa gestion. La mutuelle prend toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité de vos données personnelles. Conformément à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent est organisé. Ces droits peuvent être exercés auprès de la mutuelle - 25 cours Albert Thomas - 69003 LYON ou contact-cnil@miltis.fr ou auprès de son délégataire dont les coordonnées figurent, le cas échéant, sur le bulletin d'affiliation.

Autorité chargée du contrôle

Conformément au Code de la mutualité, la mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 61, rue Taitbout – 75436 PARIS CEDEX 09.

Fonds de garantie

Il existe un fonds de garantie contre la défaillance des mutuelles et unions pratiquant des opérations d'assurance instauré par le décret n° 2011-733 du 27 juin 2011 (article L.431-1 du Code de la mutualité).

Prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code de la mutualité.

Article L 221-11 du Code de la mutualité :

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

Toutefois, ce délai ne court :

1. En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;
2. En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

Article L 221-12 du Code de la mutualité :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription* et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par la mutuelle ou l'union au membre participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Art L 221-12-1 du Code de la mutualité :

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

*Causes ordinaires d'interruption de la prescription communes aux organismes relevant du Code de la mutualité.

En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'organisme assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil) ;
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 du Code civil) ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée [commandement de payer, saisie... (article 2244 du Code civil)] ;
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait.
À noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier, n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil) ;
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

La prescription est également interrompue en cas de saisine du médiateur

Sanction en cas de fausse déclaration

Les déclarations faites par l'adhérent pour lui-même et les autres bénéficiaires des prestations servent de base à l'adhésion. En cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte intentionnelle ou non lors de l'adhésion ou lors de la déclaration de sinistre, seront appliquées selon les cas, les dispositions des articles L. 221-14 (nullité du contrat), L.221-15 (réduction des indemnités) du Code de la mutualité.

Subrogation

En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, la mutuelle exercera son recours contre le tiers responsable à concurrence des prestations et indemnités versées au bénéficiaire.

Examen des réclamations - Médiation

En cas de difficulté dans l'application du contrat, le membre participant peut adresser une réclamation à Miltis, au travers de l'un des canaux de contacts suivants :

- dépôt d'un formulaire de réclamation en ligne, au sein de son espace personnel sécurisé, accessible à l'adresse suivante : www.mutuelle-miltis.fr, rubrique « Espace adhérent ».
- e-mail adressé à serviceclient@alptis.fr, en précisant son numéro d'adhérent ;
- courrier adressé au Service Client Miltis - 25, cours Albert Thomas - 69003 LYON, en précisant son numéro de membre participant. Miltis en accusera réception dans un délai maximum de 10 jours ouvrables (sauf si une réponse a pu lui être apportée au cours de ce délai) et répondra à l'adhérent dans un délai maximum de 2 mois après réception, sauf circonstances exceptionnelles qui lui seraient alors exposées.

En cas de désaccord sur la réponse apportée, le membre participant pourra saisir le Médiateur de la Fnim :

- Soit par courrier : Médiateur de la Fnim, 4 avenue de l'Opéra, 75001 - Paris
- Soit par courriel à l'adresse : mediateur@fnim.fr

Exerçant sa mission gratuitement et en toute indépendance, le Médiateur ne peut intervenir qu'après épuisement des procédures internes de règlement des litiges opposant un particulier à l'assureur et à la condition qu'aucune action contentieuse n'ait été engagée. Après avoir instruit le dossier, le Médiateur rend un avis motivé dans les trois mois. Cet avis ne lie pas les parties.

Action de Mutualisation pour l'amélioration du Pouvoir d'Achat (ACTIOM). Souscripteur du contrat

Association loi 1901

8 avenue Roger Lapédie – ZI Chanteloiseau – 33140 Villenave d'Omon

ALPTIS Assurances. Intermédiaire d'assurance, gestionnaire du contrat

25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03 • Tél. : 04 72 36 16 20 • Fax : 04 72 36 16 73

Email : serviceclient@alptis.fr • Internet : www.alptis.org

Société par Actions Simplifiée au capital de 10 000 000 €. RCS Lyon 335 244 489 - N° ORIAS : 07 005 850 www.orient.fr - N° TVA : FR37335244489

Assurance de responsabilité civile professionnelle et garantie financière conformes au Code des assurances

Miltis. Assureur du contrat

25, cours Albert Thomas - 69003 LYON • Tél. : 04 72 36 16 60 • Fax : 04 72 36 23 48 • www.mutuelle-miltis.fr

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 417 934 817)

Notices d'informations contractuelles

Miltis Services Santé

“Un univers de services pour vous accompagner aussi bien au quotidien, qu'en cas de coup dur”.

MILTIS ASSISTANCE

Il a été conclu entre :

- d'une part, la mutuelle Miltis soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 417 934 817), dont le siège social est 25, cours Albert Thomas - 69003 LYON,
- et d'autre part, Fragonard Assurances dont le siège social est situé 2, rue Fragonard - 75017 PARIS, société anonyme au capital de 37 207 660 € - 479 065 351 RCS Paris. Entreprise régie par le Code des assurances,

la convention d'assistance n° 50T pour les contrats à adhésion individuelle et n° 51X pour les contrats à adhésion collective.

Cette convention est ouverte aux membres participants de la mutuelle Miltis bénéficiant de garanties santé.

Les prestations sont mises en œuvre par AWP France SAS (ci-après désignée "MILTIS ASSISTANCE") - 7, rue Dora Maar 93400 SAINT-OUEN - Société par Actions Simplifiée au capital de 7 584 076,86 € - 490 381 753 RCS Bobigny - Siret : 490 381 753 00055 - Société de courtage d'assurance immatriculée à l'ORIAS (www.orias.fr) sous le numéro 07 026 669.

Bénéficiaires

Les prestations sont accordées aux membres participants ayant souscrit l'une des garanties santé proposées par la mutuelle Miltis. Bénéficient également de ces prestations d'assistance :

- leur conjoint ou concubin, ainsi que la personne ayant conclu un PACS avec le membre participant,
- leurs enfants fiscalement à charge,
- leurs ascendants directs, tous vivant habituellement sous le même toit et résidant en France métropolitaine, à la Réunion, à la Martinique, à la Guadeloupe (ainsi qu'à La Désirade, les Saintes et Marie-Galante).

Vous pouvez nous contacter

- Par téléphone au **01 42 99 82 78** (appel non surtaxé)
- Depuis l'étranger : numéro international du pays d'où émane l'appel suivi du **+33 (1) 42 99 82 78**
- Par télécopie au **01 40 25 54 81**
- Depuis l'étranger par télécopie : numéro international du pays d'où émane l'appel suivi du **+33 (1) 40 25 54 81**

Pourquoi et quand appeler ?

MILTIS ASSISTANCE est à votre disposition 24 H/24, 365 jours par an. Dans tous les cas, n'hésitez pas à appeler **MILTIS ASSISTANCE**, même si vous n'êtes pas certain que cela entre dans le cadre des prestations qui vous sont proposées.

Sans oublier

- de rappeler votre numéro de membre participant,
- de préciser vos nom, prénom et adresse,
- pour le service "Garde d'enfant malade à domicile", de vous munir d'un certificat médical concernant la santé de l'enfant,
- pour le service "École à domicile", de préciser les coordonnées de l'établissement scolaire fréquenté, et tous renseignements qui pourront être demandés sur la scolarité de l'enfant et son état de santé.

Tous les renseignements médicaux transmis aux médecins de MILTIS ASSISTANCE sont strictement confidentiels.

Lors de votre 1^{er} appel, un numéro d'assistance vous sera communiqué rappelez-le systématiquement lors de toutes vos relations ultérieures avec **MILTIS ASSISTANCE**.

Les frais que vous serez amenés à engager pour appeler **MILTIS ASSISTANCE** seront remboursés sur envoi des pièces justificatives originales dans les 30 jours qui suivent l'appel.

ASSISTANCE SANTÉ

“Une assistance dans la vie de tous les jours 24 H/24 - 365 jours par an”.

EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE SUBITE AU DOMICILE

Première urgence, recherche d'un médecin

Outre les secours de première urgence auxquels les bénéficiaires doivent faire appel en priorité, **MILTIS ASSISTANCE** peut apporter son aide ou ses conseils, dans :

- la recherche d'un médecin, en l'absence du médecin traitant,
- la recherche d'une place en milieu spécialisé (maison de retraite, de remise en forme, clinique, centre de thalasso, centre de rééducation...).

Transport à l'hôpital

MILTIS ASSISTANCE organise votre transport en ambulance jusqu'à l'hôpital ou la clinique que vous aurez choisi, de même que votre retour à domicile. Le coût du transport n'est pas pris en charge par **MILTIS ASSISTANCE**, mais dans les conditions habituelles (régime de base et complément par Miltis).

Envoi de médicaments

MILTIS ASSISTANCE organise la livraison des médicaments, leur coût restant à votre charge (remboursement dans les conditions habituelles : régime de base et complément par Miltis).

EN CAS D'HOSPITALISATION

Si vous-même ou votre conjoint êtes hospitalisé **plus de 4 jours**, **MILTIS ASSISTANCE** vous garantit les prestations suivantes :

Garde d'enfants à domicile (maximum 12 heures par jour)

Vous avez la garde de vos enfants ou petits-enfants de moins de 15 ans ; votre état de santé vous empêche de l'assurer. Dans ce cas, **MILTIS ASSISTANCE** organise et prend en charge la prestation d'une assistante maternelle compétente à votre domicile, pendant 2 jours. Ou, si vous le souhaitez, **MILTIS ASSISTANCE** peut organiser le voyage de vos enfants ou petits-enfants de moins de 15 ans jusqu'au domicile de l'un de vos proches, résidant en France métropolitaine si vous résidez en France métropolitaine ou résidant dans le département d'outre mer où vous résidez (Martinique, Guadeloupe, Réunion).

Garde des animaux familiers

Vous possédez des animaux familiers (chiens, chats) et votre état de santé vous impose un séjour à l'hôpital. Dans ce cas, **MILTIS ASSISTANCE** peut organiser le gardiennage à votre domicile ou dans un centre agréé. Cette prestation est limitée à 30 jours par événement.

Garde ou transfert des personnes dépendantes (maximum 12 heures par jour)

MILTIS ASSISTANCE fait le nécessaire pour :

- soit organiser et prendre en charge la garde des personnes dépendantes habitant sous votre toit, pendant 2 jours,
- soit organiser et prendre en charge le coût du transport de ces personnes chez des proches résidant en France métropolitaine si vous résidez en France métropolitaine ou résidant dans le département d'outre mer où vous résidez : Martinique, Réunion, Guadeloupe (ainsi qu'à La Désirade, les Saintes et Marie-Galante).

Garde ou transfert des autres enfants (maximum 12 heures par jour)

Si l'un des enfants est hospitalisé, **MILTIS ASSISTANCE** organise et prend en charge :

- soit la garde des autres enfants de moins de 15 ans pendant 2 jours,
- soit leur transport chez des proches résidant en France métropolitaine si vous résidez en France métropolitaine ou résidant dans le département d'outre mer où vous résidez (Martinique, Guadeloupe, Réunion).

Aide à domicile

En cas d'hospitalisation de **plus de 4 jours**, pour vous-même ou votre conjoint, de naissances multiples, ou lorsque le séjour à la maternité excède 8 jours, **MILTIS ASSISTANCE** met à votre disposition une aide à domicile, afin de vous aider dans vos tâches et démarches quotidiennes, pendant 4 fois deux heures à répartir dans les 15 jours calendaires suivant le retour à votre domicile. Cette prestation peut être portée à 6 fois deux heures si vous avez la charge d'un enfant de moins de 10 ans, si vous vivez seul, si votre conjoint est handicapé. **MILTIS ASSISTANCE** vous accorde également cette prestation en cas d'hospitalisation au domicile de plus de 4 jours.

Présence d'un proche parent (ou ami) en cas d'hospitalisation

Si vous-même ou votre conjoint êtes hospitalisé **plus de 4 jours**, **MILTIS ASSISTANCE** prend en charge le transport aller/retour d'un proche, résidant en France métropolitaine si vous résidez en France métropolitaine ou résidant dans le département d'outre mer où vous résidez : Martinique, Réunion, Guadeloupe (ainsi qu'à La Désirade, les Saintes et Marie-Galante), en mettant à sa disposition un billet de train 1^{ère} classe, ou d'avion classe économique, lorsque seul ce moyen peut être utilisé (ou autre moyen de transport adapté) pour se rendre à votre domicile.

MILTIS ASSISTANCE participe aux frais d'hôtel à concurrence d'un montant maximum de 276 € TTC (frais de restauration exclus), lorsque le proche n'a pas d'autres moyens d'hébergement.

GARDE D'ENFANT MALADE AU DOMICILE (maximum 12 heures par jour)

Ce service vous permet de continuer à assurer votre activité professionnelle au cas où votre enfant serait malade ou blessé, et aurait besoin de la présence d'une personne à son chevet et à votre domicile.

MILTIS ASSISTANCE se charge de rechercher et d'envoyer chez vous, une personne compétente, afin d'assurer cette garde, et prend en charge le coût correspondant, **dans la limite de 4 jours consécutifs**, au sein de vos heures normales de travail.

Conditions médicales et administratives

Toute demande doit être justifiée par un certificat médical indiquant que la présence d'une personne est nécessaire auprès de votre enfant malade ou blessé. Il faut impérativement communiquer à **MILTIS ASSISTANCE** les coordonnées du médecin ayant établi le certificat médical, et autoriser la personne qui gardera l'enfant à joindre **MILTIS ASSISTANCE** par téléphone, si nécessaire.

ÉCOLE À DOMICILE

A compter du 16^e jour calendaire consécutif d'absence scolaire de l'enfant, **MILTIS ASSISTANCE** recherche et envoie au domicile de l'enfant, un répétiteur scolaire, qui lui permettra, grâce à des cours particuliers, de poursuivre sa scolarité dans les principales matières (Français, Mathématiques, Langues étrangères - première et seconde langues inscrites au programme scolaire-, Physique-Chimie, Histoire-Géographie, Sciences naturelles).

MILTIS ASSISTANCE prend en charge les coûts occasionnés, à raison de 10 heures par semaine, tous cours confondus, fractionnables dans

la limite de 5 déplacements du répétiteur scolaire, par semaine, et de 2 cours au minimum dans la journée par matière ou par répétiteur.

La prestation est acquise pendant 60 jours maximum à compter du 16^e jour calendaire consécutif d'absence scolaire de l'enfant et cesse dès que l'enfant a repris normalement ses cours. Elle cesse en tout état de cause, le dernier jour de l'année scolaire, et ne s'applique pas pendant les vacances scolaires. Le répétiteur scolaire est autorisé par le membre participant, à prendre contact, si nécessaire, avec l'établissement scolaire de l'enfant, afin d'examiner l'étendue du programme à étudier. Lorsque l'enfant est hospitalisé, les cours seront effectués, dans la mesure du possible, dans les mêmes conditions, et sous réserve de l'accord explicite de l'établissement hospitalier, ainsi que des médecins et du personnel soignant.

Conditions médicales et administratives

Le membre participant devra justifier sa demande, en présentant un certificat médical indiquant la nature de la maladie ou de l'accident, et précisant :

- que l'enfant ne peut, compte tenu de cette maladie ou de cet accident, se rendre dans son établissement scolaire,
- la durée de son immobilisation.

Le certificat médical sera adressé à l'équipe médicale de **MILTIS ASSISTANCE**.

La maladie est définie comme "toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente", et l'accident, comme "une atteinte corporelle, non intentionnelle de la part du bénéficiaire, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure".

La prestation s'applique du cours préparatoire à la terminale des lycées d'enseignement général. Elle ne s'applique pas pendant les vacances scolaires.

Délai de mise en place : un délai maximum de 48 heures peut intervenir à compter de l'appel pour rechercher et acheminer le répétiteur.

Le service "École à domicile" ne s'applique pas :

- pour les maladies ou accidents et leurs conséquences, antérieurs à la date d'effet des garanties,
- dans le cadre des exclusions de la garantie santé.

SERVICE BIEN-ÊTRE

Les médecins de MILTIS ASSISTANCE sont à votre disposition du lundi au samedi de 9 heures à 20 heures pour répondre à toutes questions de nature médicale et, notamment dans les domaines suivants : la santé, les vaccinations, la mise en forme, la diététique, la puériculture.

Ils pourront vous fournir les informations liées aux lieux d'hébergement et d'accueil en France après hospitalisation (maison de repos, maison de long séjour...). **Les informations données aux membres participants le seront toujours dans le respect de la déontologie médicale** (confidentialité et respect du secret médical). **Elles ne peuvent se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription.**

ASSISTANCE "ALLO MAMAN BÉBÉ"

30 jours avant et 30 jours après la naissance de votre enfant, du lundi au samedi de 10 heures à 18 heures (hors jours fériés).

Conseils par téléphone

Une équipe de professionnels de **MILTIS ASSISTANCE** répondent aux questions relatives au bien-être du nouveau-né sur des sujets tels que l'alimentation, le sommeil, l'hygiène...

Service à domicile

Dans le cadre d'une maternité, MILTIS ASSISTANCE met à la disposition du bénéficiaire un service spécifique destiné à répondre aux questions relatives au bien être du nouveau né ou d'ordre général.

Ce service comprend notamment :

- **l'orientation vers les structures spécifiques locales et légitimes,**
- **la coordination dans la recherche de multi-financement d'un personnel qualifié en matière de Protection Maternelle Infantile. Ce service est accessible de 10 heures à 18 heures.**

MILTIS ASSISTANCE met à votre disposition une aide à domicile pendant 5 heures réparties dans les 15 jours qui suivent le retour au domicile. En cas de naissances multiples, le volume d'heures sera porté à 8 heures.

CONSEIL VIE PRATIQUE

MILTIS ASSISTANCE est à votre disposition 24H/24, pour rechercher et vous communiquer les numéros d'appels téléphoniques :

- des taxis, gares, aéroports, loueurs de véhicules, gendarmeries,
- des entreprises de dépannage situées dans un rayon de 30 km de votre domicile, telles que plomberie, menuiserie, électricité, serrurerie, vitrerie, ...
- d'aides à domicile (infirmières, gardes malades...).

La prestation se limite à communiquer un ou plusieurs numéros téléphoniques.

MILTIS ASSISTANCE ne recommande aucune entreprise, et ne peut être impliqué du fait de la qualité du travail ou de la rapidité de son exécution.

LIMITATION DES GARANTIES

La garantie d'assistance prend fin en même temps que la garantie santé.

- La garantie s'applique en France métropolitaine et dans les DOM : Martinique, Réunion, Guadeloupe (ainsi qu'à La Désirade, les Saintes et Marie-Galante).
- **Délais de mise en place** : dès votre appel, **MILTIS ASSISTANCE** met tout en œuvre pour répondre au plus vite à votre demande.

Toutefois :

- pour les garanties "**En cas d'hospitalisation**", et "**Garde d'enfant malade au domicile**", **MILTIS ASSISTANCE** se réserve un délai maximum de 5 heures, à compter des heures d'ouverture des réseaux d'assistantes maternelles agréées, d'aides à domicile ou des réseaux de gardiennage, pour répondre à votre demande.
- pour la garantie "**Ecole à domicile**", **MILTIS ASSISTANCE** se réserve un délai maximum de 48 heures à compter de votre appel, pour rechercher et acheminer un répétiteur.

Les prestations ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de MILTIS ASSISTANCE.

En conséquence, aucune dépense effectuée d'autorité par vous-même, n'est remboursée par MILTIS ASSISTANCE.

De plus, il convient de préciser que **MILTIS ASSISTANCE** ne peut intervenir dans le choix des usages et des destinations décidées par les organismes primaires d'urgence (pompiers, SAMU...), et par conséquent ne prend pas en charge les frais correspondants.

Le service ASSISTANCE SANTÉ est ouvert 24 H / 24 et 365 jours / an

Le service BIEN-ÊTRE est ouvert du lundi au samedi de 9 heures à 20 heures

Le service ALLO MAMAN BÉBÉ est ouvert du lundi au samedi de 10 heures à 18 heures

ASSISTANCE EMPLOI

“Toute personne qui perd son emploi se trouve dans une situation particulièrement difficile. Au-delà du choc psychologique qu’il faut surmonter, il est impératif de reconstruire son cadre de référence, de se replacer dans une dynamique positive et professionnelle”.

DOMAINE JURIDIQUE

Connaissance des droits relatifs à la rupture du contrat de travail

MILTIS ASSISTANCE vous informe sur les spécificités :

- du droit du travail,
- de la convention collective applicable à votre secteur d’activité,
- de votre accord d’entreprise,
- de votre contrat de travail (mécanismes et obligations),

et met à votre disposition des fiches techniques relatives aux formations et stages professionnels.

Préparation à l’entretien avec votre employeur

MILTIS ASSISTANCE vous informe sur le respect des procédures, le préavis à respecter, les indemnités et recours possibles.

MILTIS ASSISTANCE peut vous fournir l’adresse des tribunaux du ressort de votre domicile afin de vous procurer une liste d’avocats spécialisés en droit du travail et des conseils personnalisés liés à d’éventuelles procédures à entreprendre.

DOMAINE SOCIAL

MILTIS ASSISTANCE est à votre disposition pour vous écouter et vous aider dans vos démarches.

Préservation de votre patrimoine.

MILTIS ASSISTANCE vous informe et vous conseille quant aux démarches à engager auprès :

- des organismes sociaux : Pôle Emploi, APEC, Sécurité sociale, organismes de prévoyance, caisses de retraite,

- des organismes financiers : impôts, organismes de financement, banques,

et vous fournit des fiches techniques présentant les procédures à suivre, la hiérarchisation des actions à mener, les adresses des organismes départementaux à contacter.

AIDE À LA RECHERCHE D’EMPLOI

Réalisation d’un bilan de situation professionnelle

MILTIS ASSISTANCE vous informe et vous conseille du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures sur :

- la rédaction ou la mise à jour de votre Curriculum vitae
- la rédaction de lettres de motivation, de candidatures spontanées, de réponses à une annonce en vous fournissant des lettres types.

Entretien d’embauche

MILTIS ASSISTANCE vous prépare au déroulement de ces entretiens, notamment par la fourniture d’une liste type des attitudes à avoir et à éviter.

Conseils sur la presse spécialisée

MILTIS ASSISTANCE vous communique une liste de journaux auxquels il y a lieu de s’abonner, et vous conseille sur la manière de déjouer les fausses annonces.

Le service ASSISTANCE EMPLOI est ouvert du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures

ASSISTANCE DÉCÈS

“Dans les situations difficiles, Miltis est là pour vous épauler”.

RAPATRIEMENT

Si le décès survient à plus de 200 kilomètres du domicile et en France métropolitaine, **MILTIS ASSISTANCE** garantit les prestations suivantes :

MILTIS ASSISTANCE organise le rapatriement du corps, jusqu’au lieu d’inhumation en France métropolitaine.

Le choix des sociétés intervenant dans le processus de rapatriement, pompes funèbres, transporteurs... est du ressort exclusif de **MILTIS ASSISTANCE**.

Sous cette condition expresse, les frais de transport, d’embaumement et d’administration sont pris en charge. Les frais de cercueil liés au transport sont également pris en charge à concurrence de 763 € TTC.

Dans le cas où la famille du bénéficiaire choisit directement les sociétés intervenant dans le rapatriement ou refuse la solution proposée par **MILTIS ASSISTANCE**, les frais correspondants sont à sa charge.

MILTIS ASSISTANCE organise également et prend en charge le retour jusqu’au lieu d’inhumation des autres membres de la famille

bénéficiaires se trouvant sur place (conjoint ou concubin, ascendant ou descendant, frères ou sœurs) s’ils ne peuvent rentrer par les moyens initialement prévus.

Exclusions au rapatriement de corps

Sont exclus tous les frais non indispensables au transport du corps, tels que les ornements ou accessoires, ainsi que le déplacement vers un établissement de soins.

AIDE À DOMICILE

En cas de décès du souscripteur, **MILTIS ASSISTANCE** recherche pour le conjoint et prend en charge une aide ménagère à concurrence de 20 heures maximum, réparties sur les 5 jours suivant le décès.

Le service assistance est ouvert du lundi au vendredi de 9 heures à 20 heures

DISPOSITIONS DIVERSES

INFORMATIONS JURIDIQUES

INFORMATIONS JURIDIQUES est un service d'informations générales, assuré par une équipe de chargés d'informations, destiné à répondre à toute question d'ordre réglementaire ainsi qu'aux demandes d'informations du domaine de la vie pratique : • habitation - logement • formalités administratives • impôts - fiscalité • justice - défense - recours • salaires • assurances sociales - allocations - retraites • enseignement - formation • services publics • droit des consommateurs.

Certaines demandes pouvant nécessiter des recherches, un rendez-vous téléphonique sera alors pris sous 48 heures. Nos prestations sont uniquement téléphoniques : aucune des informations dispensées par nos spécialistes ne peut se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, conseillers juridiques, etc.

**Le service INFORMATIONS JURIDIQUES
est ouvert du lundi au samedi
de 9 heures à 20 heures**

EXCLUSIONS GÉNÉRALES

Limites géographiques

Les prestations d'Assistance s'appliquent uniquement en France métropolitaine.

Le décès doit survenir à plus de 200 kilomètres du domicile et en France métropolitaine.

Limites d'application dans le temps

Les prestations sont acquises durant la durée de validité de votre contrat MILTIS ASSISTANCE et en tout état de cause, elles sont acquises uniquement pendant la durée de validité des accords liant MILTIS ASSISTANCE et Fragonard Assurances pour la délivrance de ces prestations.

Limites d'intervention

MILTIS ASSISTANCE intervient dans le cadre des lois et règlements nationaux et internationaux. Ses prestations sont subordonnées à l'obtention des autorisations nécessaires par les autorités administratives compétentes. Par ailleurs, MILTIS ASSISTANCE ne peut être tenue pour responsable des retards ou empêchements dans l'exécution des services convenus à la suite d'un cas de force majeure ou d'événements tels que grèves, émeutes, instabilité politique notoire, représailles, embargos, sanctions économiques (Récapitulatif des mesures restrictives par pays disponible sur le site du Ministère des Affaires étrangères <https://www.tresor.economie.gouv.fr>), mouvements populaires, restrictions de la libre circulation des biens et des personnes, sabotage, terrorisme, Guerre Civile ou Étrangère, conséquences des effets d'une source de radioactivité, Catastrophes naturelles ou de tout autre cas fortuit.

Fausse déclaration

Toute fraude, falsification ou fausse déclaration et faux témoignages entraînera automatiquement la nullité du contrat.

Non-exécution due à des circonstances exceptionnelles

MILTIS ASSISTANCE ne peut être tenue pour responsable ni de la non-exécution ni des retards provoqués par tous les cas de force majeure rendant impossible l'exécution du contrat, les interdictions décidées par les autorités locales et les grèves.

Mondial Assistance France SAS
54, rue de Londres - 75008 PARIS

Société par Actions Simplifiée au capital de 7 538 389,65 € – 490 381 753 RCS Paris – Siret : 490 381 753 00014
Société de courtage d'assurances immatriculée à l'ORIAS (www.orias.fr) sous le numéro 07 026 669

BILLETTERIE

Si un billet de transport a été délivré, **MILTIS ASSISTANCE** dégage toute responsabilité concernant des événements indépendants de sa volonté, notamment en cas de surréservation, de retard, d'annulation ou de changement de la destination figurant sur le billet.

INFORMATIONS DIVERSES

Organismes de contrôle

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61 rue Taitbout 75436 PARIS CEDEX 09, est chargée du contrôle de la mutuelle Miltis, de Fragonard Assurances, de AWP France SAS et d'Alptis Assurances.

Loi informatique et libertés

Conformément à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données vous concernant en adressant votre demande à : AWP France SAS - DT - Service Juridique - DT03 - 7 rue Dora Maar - CS 60001 - 93488 SAINT-OUEN CEDEX. AWP France SAS dispose de moyens informatiques destinés à gérer les prestations d'assistance de votre contrat. Les informations enregistrées sont réservées aux gestionnaires des prestations d'assistance et sont susceptibles d'être communiquées à des sous-traitants, situés dans ou hors de l'Union Européenne. Dans le cadre de sa politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, AWP France SAS se réserve le droit de procéder à tout contrôle des informations et de saisir, si nécessaire, les autorités compétentes conformément à la législation en vigueur.

Réclamations

Lorsqu'un bénéficiaire est mécontent du traitement de sa demande, sa première démarche doit être d'en informer son interlocuteur habituel pour que la nature de son insatisfaction soit comprise et que des solutions soient recherchées.

En cas de désaccord, le bénéficiaire peut adresser une réclamation à l'adresse suivante : AWP France SAS - Traitement Réclamations - TSA 70002 - 93488 SAINT-OUEN CEDEX. Un accusé de réception parviendra au bénéficiaire dans les 10 (dix) jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la réception de la réclamation, sauf si la réponse à sa réclamation lui est transmise dans ces délais. Une réponse lui sera fournie au plus tard dans les 2 (deux) mois suivant la date de réception de sa réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont L'ASSISTEUR le tiendrait informé.

Si le désaccord persiste, après la réponse de l'assureur ayant procédé à un dernier examen de sa demande épuisant les voies de recours internes, vous pouvez alors saisir le médiateur indépendant dont les coordonnées sont les suivantes : <http://www.mediation-assurance.org> - La Médiation de l'Assurance (LMA) - TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09.

Fragonard Assurances, entreprise adhérente de la LMA propose un dispositif permettant aux bénéficiaires et aux tiers de bénéficier d'une procédure de médiation pour le règlement de leurs litiges. Ce dispositif est défini par les 10 règles de la Charte de la Médiation de l'Assurance.

Attribution de juridiction

Tout différend touchant à l'interprétation ou à l'exécution de la présente convention sera porté devant le Tribunal compétent.

MILTIS PROTECTION JURIDIQUE

Il a été conclu entre :

- d'une part, la mutuelle Miltis soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 417 934 817), dont le siège social est 25, cours Albert Thomas - 69003 LYON,
- et d'autre part, CFDP Assurances (Compagnie Française de Défense et de Protection) dont le siège social est situé Immeuble l'Europe, 62 rue de Bonnel - 69003 LYON - SA au capital de 1 600 000 € - RCS Lyon 958 506 156, entreprise régie par le Code des assurances,

le contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative de MILTIS PROTECTION JURIDIQUE SANTÉ n° M0 MILTIS 001.

Ce contrat est ouvert aux membres participants de la mutuelle Miltis bénéficiant de garanties santé.

Les relations précontractuelles et contractuelles entre les parties sont régies par le droit français et notamment par le Code des assurances. Les parties utiliseront la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

“Vous avez été victime d'une agression et avez subi un traumatisme à la fois physique et psychologique... Après une opération de routine, des complications surviennent : l'établissement de soins conteste son implication...”

Écoute et renseignements juridiques, un seul numéro  **N° Indigo 0 821 444 557**

0,12 € TTC / MN

CFDP ASSURANCES INTERVIENT

Vous êtes victime d'une agression ou d'une atteinte accidentelle à votre intégrité physique et/ou morale et souhaitez être assisté et faire valoir vos droits à l'encontre de l'auteur responsable de votre préjudice.

Vous avez été victime d'une erreur médicale, d'un retard ou d'une erreur de diagnostic, d'une infection nosocomiale ou d'un défaut de conseil d'un praticien à l'occasion d'une maladie, d'une hospitalisation, ou de tous soins ou examens médicaux et souhaitez être assisté et faire valoir vos droits face à :

- un établissement de soins public ou privé ;
- un professionnel de santé ;
- l'ONIAM (Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux).

CFDP ASSURANCES S'ENGAGE

- **À vous écouter** et vous fournir des renseignements juridiques.
- **À vous recevoir** sur simple rendez-vous.
- **À vous informer** sur vos droits et les mesures nécessaires à la sauvegarde de vos intérêts.
- **À vous conseiller** sur la conduite à tenir devant un différend.
- **À vous aider** à réunir les pièces et témoignages nécessaires à la constitution de votre dossier de réclamation ou de défense et à effectuer les démarches nécessaires pour obtenir une solution négociée et amiable.
- **À vous faire assister et soutenir** par des Experts qualifiés tels que des notaires, des médecins, des psychologues ou autres consultants quand la spécificité de la matière le nécessite. L'Expert vous assistera et rendra si besoin une consultation écrite après vous avoir entendu. Cet avis consultatif destiné à étayer votre réclamation ou votre défense vous sera communiqué. CFDP Assurances prend en charge les frais et honoraires de cet Expert dans la limite des montants contractuels de prise en charge.

Et lorsque toute tentative de transaction sur un terrain amiable a échoué ou lorsque votre adversaire est assisté par un avocat :

- **À vous faire représenter** par l'auxiliaire de justice de votre choix.
- **À prendre en charge, dans la limite des montants contractuels garantis :**
 - les frais et honoraires des avocats et experts,
 - les frais de procès comprenant notamment les frais d'huissiers, d'expertise judiciaire, la taxe d'appel, la contribution pour l'aide juridique...
- **À organiser votre défense judiciaire en respectant le libre choix de votre défenseur.** Conformément à l'article L.127-3 du Code des assurances, lorsque vous faites appel à un avocat ou toute autre personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur pour vous défendre, vous représenter ou servir vos intérêts, Vous avez la liberté de le choisir. Vous choisissez donc en toute liberté et indépendance l'avocat chargé de vos intérêts ; CFDP Assurances intervient seulement pour donner son accord sur le principe de la saisine mais ne désigne pas d'avocat à votre place. Si vous n'en connaissez pas, vous pouvez vous rapprocher de l'Ordre des Avocats du barreau compétent ou demander par écrit à CFDP Assurances de vous communiquer les coordonnées d'un avocat. Vous avez la maîtrise de la direction du procès en concertation avec l'avocat que vous avez choisi. Lors de la saisine de l'avocat, celui-ci est tenu, en application des règles déontologiques de sa profession, de vous faire signer une convention d'honoraires afin de vous informer des modalités de détermination de ses honoraires et de l'évolution prévisible de leur montant. Par principe, vous faites l'avance des frais et honoraires et CFDP Assurances vous rembourse sur justificatifs le montant des factures réglées dans la limite des montants contractuels garantis. Si la convention d'honoraires le prévoit ou si vous en faites la demande, CFDP Assurances peut procéder directement au règlement de la facture adressée par l'avocat, et ce dans la limite des montants contractuels garantis. Qu'il s'agisse d'un paiement direct ou d'un remboursement, le règlement de CFDP Assurances sera effectué au plus tard trente (30) jours après réception des justificatifs et interviendra Toutes Taxes Comprises.
- **À vous répondre et traiter votre demande, dans toutes les hypothèses, dans les trois (3) jours ouvrables.**

LES MONTANTS CONTRACTUELS DE PRISE EN CHARGE

| BARÈME APPLICABLE AUX HONORAIRES D'AVOCAT ET D'EXPERT | EN € TTC |
|--|----------------------|
| • Consultation d'Expert | 362,00 € |
| Démarches amiables • Intervention amiable • Protocole ou transaction | 103,50 € 310,50 € |
| • Assistance préalable à toute procédure pénale • Assistance à une instruction • Assistance à une expertise judiciaire | 362,00 € |
| • Expertise amiable | 1 034,00 € |
| • Démarche au Parquet (forfait) | 119,00 € |
| • Médiation conventionnelle ou judiciaire | 517,00 € |
| • Tribunal de Police • Juridiction de proximité statuant en matière pénale | 517,00 € |
| • Tribunal Correctionnel | 827,50 € |
| • Commissions diverses | 517,00 € |
| • Tribunal d'Instance • Juridiction de proximité statuant en matière civile | 775,50 € |
| • Tribunal de Grande Instance • Tribunal Administratif • Autres juridictions du 1 ^{er} degré | 1 034,00 € |
| • Référé • Référé d'heure à heure | 620,50 € 775,50 € |
| • Incidents d'instance et demandes incidentes | 620,50 € |
| • Ordonnance sur requête (forfait) | 414,00 € |
| • Cour ou juridiction d'Appel | 1 034,00 € |
| • Recours devant le premier Président de la Cour d'Appel | 517,00 € |
| • Cour de Cassation • Conseil d'État • Cour d'Assises | 1 758,00 € |
| • Juridictions des Communautés Européennes • Juridictions étrangères (U.E. Andorre Monaco) | 1 034,00 € |
| • Juge de l'exécution • Juge de l'exequatur | 620,50 € |

Les montants sont cumulables et représentent le maximum des engagements par intervention ou juridiction. Ces montants comprennent les frais habituels inhérents à la gestion d'un dossier (frais de copie, de téléphone, de déplacement, de postulation, etc) et constituent la limite de la prise en charge même en cas de pluralité ou de changement d'avocat. Les honoraires sont réglés une fois la prestation effectuée.

| PLAFONDS, FRANCHISE ET SEUIL D'INTERVENTION | EN € TTC |
|---|---------------------------------------|
| • Plafond maximum par litige ou différend : dont plafond pour - Démarches amiables - Expertise Judiciaire | 31 017,00 € 517,00 € 2 585,00 € |
| • Seuil d'intervention | 0,00 € |
| • Franchise | 0,00 € |

VOUS VOUS ENGAGEZ

- **À déclarer le sinistre** à CFDP Assurances dès que vous en avez connaissance sauf cas de force majeure, afin que CFDP Assurances puisse défendre au mieux vos intérêts. CFDP Assurances ne peut néanmoins vous opposer une déchéance de garantie pour déclaration tardive que s'il est prouvé que le retard dans la déclaration lui a causé un préjudice. Vous devez préciser la nature et les circonstances de votre litige ou différend et transmettre toutes les informations utiles telles que avis, lettres, convocations, actes d'huissier, éventuelles assignations...
- **À relater les faits** et circonstances avec la plus grande précision et sincérité.
- **À fournir dans les délais prescrits par la loi ou les règlements tous documents à caractère obligatoire.**
- **À établir par tous moyens la réalité du préjudice** que vous alléguiez. **CFDP Assurances ne prend jamais en charge les frais de rédaction d'actes, d'expertises, les constats d'huissier, les frais liés à l'obtention de témoignages, d'attestations ou de toutes autres pièces justificatives destinées à constater ou à prouver la réalité de votre préjudice, à identifier ou à rechercher votre adversaire, diligents à titre conservatoire ou engagés à votre initiative.**
- **À ne prendre aucune initiative sans concertation préalable avec CFDP Assurances.** Si vous prenez une mesure, de quelque nature qu'elle soit, mandatez un avocat ou tout autre auxiliaire de justice, expert ou sachant, avant d'en avoir avisé CFDP Assurances et obtenu son accord écrit, les frais exposés restent à votre charge. Néanmoins, si vous justifiez d'une situation d'urgence caractérisée nécessitant la prise immédiate d'une mesure conservatoire, CFDP Assurances vous remboursera, dans la limite des montants contractuels garantis, les frais et honoraires des intervenants que vous avez mandatés sans avoir obtenu son accord préalable.

L'APPLICATION DE LA GARANTIE DANS LE TEMPS

La durée de la garantie

La garantie du contrat prend effet dès l'adhésion au contrat et est applicable pendant toute la durée de l'adhésion, sauf pendant les périodes de suspension du contrat d'assurance santé souscrit auprès de la mutuelle Miltis.

La prescription

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance (article L. 114-1 du Code des assurances).

Toutefois ce délai, ne court :

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

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

La prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

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 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 (article L. 114-2 du Code des assurances).

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont :

- la demande en justice,
- l'acte d'exécution forcée,
- la reconnaissance du droit par le débiteur

Un nouveau délai de deux (2) ans court à compter de l'acte interruptif de prescription ; il peut être suspendu ou interrompu dans les mêmes conditions que le premier.

L'APPLICATION DE LA GARANTIE DANS L'ESPACE

La garantie s'exerce dans tous les pays de l'Union Européenne, ainsi qu'en Principauté d'Andorre et Principauté de Monaco. CFDP Assurances s'appuiera, le cas échéant, sur des correspondants habilités par la législation locale.

CFDP ASSURANCES N'INTERVIENT JAMAIS POUR

- **LES LITIGES OU DIFFÉRENDS TROUVANT LEUR ORIGINE DANS UNE CATASTROPHE NATURELLE AYANT FAIT L'OBJET D'UN ARRÊTÉ MINISTÉRIEL OU PRÉFECTORAL, UNE GUERRE CIVILE OU ÉTRANGÈRE, UNE ÉMEUTE, UN MOUVEMENT POPULAIRE, UNE MANIFESTATION, UNE RIXE, UN ATTENTAT, UN ACTE DE VANDALISME, DE SABOTAGE OU DE TERRORISME ;**
- **LES LITIGES OU DIFFÉRENDS EN RAPPORT AVEC UNE VIOLATION INTENTIONNELLE DES OBLIGATIONS LÉGALES OU INCONTESTABLES, UNE FAUTE, UN ACTE FRAUDEUX OU DOLOSIF QUE VOUS AVEZ COMMIS VOLONTAIREMENT CONTRE LES BIENS ET LES PERSONNES EN PLEINE CONSCIENCE DE LEURS CONSÉQUENCES DOMMAGEABLES ET NUISIBLES ;**
- **LES LITIGES OU DIFFÉRENDS RELEVANT D'UNE GARANTIE DUE PAR UNE COMPAGNIE D'ASSURANCE DOMMAGES OU RESPONSABILITÉ CIVILE (SAUF OPPOSITION D'INTÉRÊT OU REFUS INJUSTIFIÉ D'INTERVENIR DE CELLE-CI) AINSI QUE CEUX RELEVANT DU DÉFAUT DE SOUSCRIPTION PAR VOUS D'UNE ASSURANCE OBLIGATOIRE ;**
- **LES LITIGES OU DIFFÉRENDS DONT LES MANIFESTATIONS INITIALES SONT ANTÉRIEURES ET CONNUES DE VOUS À LA PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION AU CONTRAT OU QUI PRÉSENTENT UNE PROBABILITÉ D'OCCURRENCE À L'ADHÉSION,**
- **LES LITIGES OU DIFFÉRENDS SURVENANT LORSQUE VOUS ÊTES EN ÉTAT D'IVRESSE PUBLIC ET MANIFESTE OU LORSQUE LE TAUX D'ALCOOLÉMIÉ EST ÉGAL OU SUPÉRIEUR À CELUI LÉGALEMENT ADMIS DANS LE PAYS OÙ A LIEU LE SINISTRE, OU SOUS L'INFLUENCE DE SUBSTANCES OU DE PLANTES CLASSÉES COMME STUPÉFIANTS OU LORSQUE VOUS REFUSEZ DE VOUS SOUMETTRE A UN DÉPISTAGE ;**
- **LES LITIGES OU DIFFÉRENDS DU TRAVAIL OU RELATIFS À L'EXPRESSION D'OPINIONS POLITIQUES, RELIGIEUSES, PHILOSOPHIQUES OU SYNDICALES ;**
- **LE DROIT DES PERSONNES (LIVRE 1^{ER} DU CODE CIVIL), LES SUCCESSIONS, LIBÉRALITÉS ET RÉGIMES MATRIMONIAUX ;**
- **LE RECOUVREMENT DE VOS CRÉANCES ;**
- **LES LITIGES OU DIFFÉRENDS VOUS OPPOSANT À LA MUTUELLE MILTIS.**

CFDP ASSURANCES NE PREND JAMAIS EN CHARGE

- **LES FRAIS ENGAGÉS SANS SON ACCORD PRÉALABLE.**
- **LES AMENDES, LES CAUTIONS, LES ASTREINTES, LES INTÉRÊTS ET PÉNALITÉS DE RETARD.**
- **TOUTE SOMME DE TOUTE NATURE À LAQUELLE VOUS POURRIEZ ÊTRE CONDAMNÉ À TITRE PRINCIPAL ET PERSONNEL.**
- **LES FRAIS ET DÉPENS EXPOSÉS PAR LA PARTIE ADVERSE ET QUE VOUS DEVEZ SUPPORTER PAR DÉCISION JUDICIAIRE.**
- **LES SOMMES AU PAIEMENT DESQUELLES VOUS POURRIEZ ÊTRE ÉVENTUELLEMENT CONDAMNÉ AU TITRE DES ARTICLES 700 DU CODE DE PROCÉDURE CIVILE, 375 ET 475-1 DU CODE DE PROCÉDURE PÉNALE, L. 761-1 DU CODE DE LA JUSTICE ADMINISTRATIVE, AINSI QUE LEURS ÉQUIVALENTS DEVANT LES JURIDICTIONS ÉTRANGÈRES.**
- **LES SOMMES DONT VOUS ÊTES LÉGALEMENT REDEVABLE AU TITRE DE DROITS PROPORTIONNELS.**
- **LES HONORAIRES DE RÉSULTAT.**

LA PROTECTION DE VOS INTÉRÊTS

Le secret professionnel

Article L.127-7 du Code des assurances

Les personnes qui ont à connaître des informations que vous communiquez pour les besoins de votre cause, dans le cadre du contrat, sont tenues au secret professionnel.

L'obligation à désistement

Toute personne, chargée d'une prestation juridique, qui a un intérêt direct ou indirect à son objet, doit se désister.

L'examen de vos réclamations

Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement d'un client envers un professionnel : une demande de service ou de prestation, d'information, de clarification ou d'avis n'est pas une réclamation.

Toute réclamation concernant le contrat, sa distribution ou le traitement d'un litige ou différend, peut être formulée, si sa réponse ne vous satisfait pas, auprès du Service Relation Clientèle de l'Assureur :

- par courrier à CFDP Assurances - Service Relation Client - 1 place Francisque Regaud - 69002 LYON,
- par mail à relationclient@cdfp.fr.

À compter de la réception de la réclamation, l'Assureur s'engage :

- à en accuser réception sous dix (10) jours ouvrables,
- et, en tout état de cause, à la traiter dans un délai maximum de deux (2) mois.

Le désaccord ou l'arbitrage

Article L. 127-4 du Code des assurances

En cas de désaccord entre vous et CFDP Assurances au sujet de mesures à prendre pour régler un litige ou différend, cette difficulté peut être soumise à l'appréciation d'une tierce personne désignée d'un commun accord par les parties ou, à défaut, par le Président du Tribunal de Grande Instance statuant en la forme des référés.

Les frais exposés pour la mise en œuvre de cette faculté sont à la charge de CFDP Assurances ; toutefois, le Président du Tribunal de

Grande Instance, statuant en la forme des référés, peut en décider autrement lorsque vous avez mis en œuvre cette faculté dans des conditions abusives.

Si vous avez engagé à vos frais une procédure contentieuse et obtenez une solution plus favorable que celle qui vous avait été proposée par CFDP Assurances ou par la tierce personne mentionnée à l'alinéa précédent, CFDP Assurances vous indemnise des frais exposés pour l'exercice de cette action, dans la limite des montants contractuels garantis.

Le conflit d'intérêts

Article L. 127-5 du Code des assurances

En cas de conflit d'intérêts entre vous et CFDP Assurances ou de désaccord quant au règlement du litige ou différend, CFDP Assurances vous informe du droit mentionné à l'article L. 127-3 du Code des assurances (à savoir le libre choix de l'avocat ou de toute autre personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur pour vous défendre) et de la possibilité de recourir à la procédure mentionnée à l'article L. 127-4 du Code des assurances (à savoir le désaccord ou l'arbitrage).

La loi "informatique et libertés"

En application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, il est précisé que les données à caractère personnel recueillies sont obligatoires pour conclure le présent contrat et, qu'à ce titre, elles feront l'objet d'un traitement dont le responsable est CFDP Assurances, ce qu'acceptent expressément les personnes sur lesquelles portent les données.

Ces données pourront être utilisées pour les besoins de la gestion des services souscrits en exécution du contrat par CFDP Assurances et ses partenaires au contrat. Elles pourront être également utilisées pour les actions commerciales de CFDP Assurances et de ses partenaires.

Ces données pourront également être communiquées à des tiers pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires.

Les signataires du contrat bénéficient du droit d'obtenir communication de leurs données auprès de CFDP Assurances, d'en exiger, le cas échéant, la rectification, de s'opposer à leur utilisation à des fins de prospection, notamment commerciale.

L'autorité de contrôle

L'autorité de contrôle de CFDP Assurances est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 61 rue Taitbout - 75436 PARIS CEDEX 09.

DISPOSITIONS DIVERSES

La cessation des garanties

Les garanties cessent en cas de résiliation du contrat d'assurance de groupe MILTIS PROTECTION JURIDIQUE SANTÉ par la mutuelle Miltis ou CFDP Assurances. En outre, elles prennent fin en même temps que la garantie santé du membre participant.

La subrogation

Les indemnités qui pourraient vous être allouées au titre des articles 700 du Code de Procédure Civile, 375 et 475-1 du Code de Procédure Pénale, L. 761-1 du Code de la Justice Administrative ou leurs équivalents devant les juridictions suisses ou étrangères, ainsi que les dépens et autres frais de procédure vous bénéficient par priorité pour les dépenses restées à votre charge, et subsidiairement à l'assureur dans la limite des sommes qu'il a engagées.

PRÉVENTION ET CONSEIL MÉDICAL EN LIGNE

MÉDECINDIRECT

Généralités

Conformément à la convention de partenariat passée entre la Mutuelle et MédecinDirect (SAS au capital de 87 100 €, dont le siège social est situé 1, chemin de Saulxier - 91160 LONGJUMEAU - RCS Evry n° 508 346 673), le service MédecinDirect permet aux bénéficiaires des prestations d'être mis en relation directe avec des médecins généralistes et spécialistes régulièrement inscrits au Conseil National de l'Ordre des Médecins.

MédecinDirect permet de bénéficier d'informations et d'orientations à 3 niveaux

• La pré-consultation médicale

MédecinDirect intervient en amont de la consultation pour préparer avec le bénéficiaire l'entretien et lui permettre de poser les bonnes questions.

• La post-consultation médicale

MédecinDirect apporte une information personnalisée, conforte la consultation initiale et aide à la bonne compréhension du traitement. MédecinDirect apporte également un soutien après une intervention.

• L'information de médecine générale ou spécialisée

MédecinDirect :

- apporte un éclairage médical sur un symptôme, un diagnostic, un traitement,
- permet une orientation, un conseil adéquat et éventuellement un accompagnement dans la gestion des problèmes de santé,
- garantit des réponses fiables et vérifiées,
- informe sur des sujets d'actualités, des conduites à tenir, des choix à faire.

MédecinDirect permet également de bénéficier d'une consultation médicale en ligne

La téléconsultation donne la possibilité au bénéficiaire couvert par une garantie Miltis, de recevoir un premier diagnostic de sa pathologie et le cas échéant, de disposer d'une ordonnance électronique* permettant la délivrance de médicaments dans la pharmacie de son choix.

**Les prescriptions sur ordonnance électronique ne sont délivrées que si le médecin le juge nécessaire et s'il dispose de l'ensemble des informations nécessaires à cette délivrance.*

Fonctionnement

Le service MédecinDirect est accessible par les bénéficiaires, **trois heures par an** à compter de la prise d'effet de la garantie de base (délivrance du certificat d'adhésion) via Internet à l'adresse www.medicindirect.fr ou en téléchargeant l'application mobile "MédecinDirect" (service accessible 24h/24h et 7j/7), ou par téléphone au 0 821 011 030 (service de 8h à 22h, 7j/7).

L'accès au service prend fin en cas de cessation de la garantie Luminéis et de la garantie Mutuelle Santé Entreprise.

Responsabilité

Les obligations de MédecinDirect sont des obligations de moyens. La responsabilité de MédecinDirect ne saurait être recherchée pour les conséquences qui pourraient découler des services rendus. Aucune responsabilité ne pourra être retenue à l'encontre de MédecinDirect en cas de retards dans l'exécution du service, d'utilisation ou d'usage abusif des informations contenues sur le site Internet par tout tiers, y compris par les bénéficiaires.

En aucun cas, la mutuelle Miltis ne pourra être tenue pour responsable des conséquences de l'utilisation du service.

Confidentialité - Secret médical

MédecinDirect ainsi que tous les collaborateurs sont tenus au respect du secret médical et de la législation afférente aux traitements de données personnelles. MédecinDirect garantit la confidentialité des emails échangés. Les informations sont transmises au médecin sous protocole sécurisé et enregistrées dans une banque de données protégée confidentielle et soumise au secret médical.