



NOTICE D'INFORMATION

CONTRAT COLLECTIF A ADHESION OBLIGATOIRE "FRAIS DE SANTE"

N° de contrat : A9810012086

Société :

Catégorie de Personnel : Ensemble du Personnel

Date d'effet : 01/01/2026

Cette Notice a pour objet d'indiquer les conditions de prise en charge des frais de santé de votre contrat, pour vous et vos éventuels ayants droit.

Ce contrat est assuré par PREDICA, entreprise régie par le Code des assurances, société anonyme au capital de 1.029.934.935 euros, dont le siège social est situé au 16/18 Boulevard de Vaugirard 75 015 PARIS, immatriculée sous le n°334.028.123 R.C.S.


Votre employeur a l'obligation de vous remettre la Notice d'information décrivant les conditions et modalités d'application des garanties du contrat collectif à adhésion obligatoire souscrit par l'Union Française de l'Electricité (UFE) et par l'Union Nationale des Employeurs des Industries Gazières (UNEMIG) et auquel il a adhéré auprès de PREDICA, entreprise d'assurance régie par le Code des assurances.

N° de contrat : A9810012086

Société :

Catégorie de Personnel : Ensemble du Personnel

Date d'effet : 01/01/2026

	BIENVENUE	5
	TABLEAU DES GARANTIES SOUSCRITES	6
	VOS GARANTIES	12
	LEXIQUE	12
	VOS GARANTIES OBLIGATOIRES	13
	Généralités sur les prestations	13
	Hospitalisation	13
	Soins courants	14
	Optique	15
	Dentaire	17
	Aides auditives	17
	Autres soins	18
	Limite des remboursements	19
	Territorialité	19
	EXCLUSIONS GENERALES	19
	VOS REMBOURSEMENTS	19
	Vous bénéficiez du système de télétransmission Noémie	19
	Vous ne pouvez pas bénéficier du système de télétransmission Noémie	19
	VOTRE ADHESION	20
	Quels sont les bénéficiaires du contrat ?	20
	Comment réaliser l'adhésion des bénéficiaires ?	21
	PRISE D'EFFET ET CESSATION DES GARANTIES OBLIGATOIRES	22
	Quand prennent effet vos garanties ?	22
	Quand cessent vos garanties ?	22
	Cas particuliers de suspension de contrat de travail	22
	Maintien des garanties au titre de la portabilité	23
	Maintien des garanties au titre de la loi Evin	23
	DISPOSITIONS GENERALES	24
	Cotisations des garanties obligatoires réglées par l'intermédiaire de l'entreprise	24
	Médiation	24
	Délai de prescription	24
	Subrogation	25
	Fausse déclaration	25
	Protection des données personnelles	25
	Autorité de contrôle	26
	VOS GARANTIES ASSISTANCE	27



BIENVENUE

Le présent document définit les conditions et modalités d'application des garanties couvertes par votre contrat frais de santé, souscrit auprès de PREDICA, entreprise d'assurance régie par le Code des assurances.

Il s'agit d'une Notice d'Information et vous donne donc des informations sur :

- Les garanties auxquelles vous avez droit,
- Les conditions et limites pour bénéficier de ces garanties,
- Les modalités de remboursement.

Nous sommes très heureux de vous compter parmi nos assurés et de vous offrir tous les avantages de ce contrat :

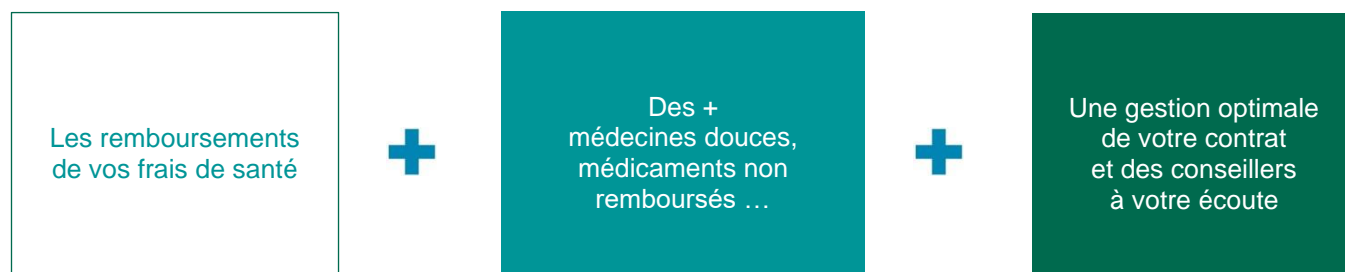




TABLEAU DES GARANTIES SOUSCRITES

Les garanties CSM du présent contrat sont en complément des garanties prévues par le Régime spécial de Sécurité sociale des IEG géré par la CAMIEG (prestations du régime obligatoire et complémentaire) pour les soins réalisés à partir du 01/01/2026.

Garanties	Assiette	Régime CAMIEG		Régime CSM
		Régime de base	Part complémentaire	
HOSPITALISATION				
Forfait journalier de l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale	FR / Jour	-	-	+100%
Frais de séjour et honoraires de médecins signataires de l'option tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques), frais de salle d'opération dans la limite de 5 300 € par an et par bénéficiaire dans les établissements non conventionnés	BR / Acte	80%/100%	+20% / 0% Honoraires : 220% / 200%	+100%
Honoraires de médecins non-signataires de l'option tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	BR / Acte	80%/100%	220% / 200%	-
– Franchise hospitalière (actes lourds)	FR / Acte	-	100%	-
– Forfait Patient Urgence	FR / Acte	-	100%	-
– Forfait parcours coordonnés renforcés	FR / Acte	-	100%	-
– Chambre particulière (maternité limitée à 8 jours)	PMSS / Nuit	-	-	+3% PMSS
– Chambre particulière en ambulatoire	PMSS / Jour	-	-	+1,12% PMSS
– Frais d'accompagnement (sans limitation de durée - enfant -16 ans)	PMSS / Jour	-	-	+1% PMSS

Garanties	Assiette	Régime CAMIEG		Régime CSM
		Régime de base	Part complémentaire	
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux				
Consultations, visites et soins pour les médecins généralistes				
– Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	70%	+50%	+60%
– Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	70%	+50%	+40%
Consultations, visites et soins pour les médecins spécialistes				
– Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	70%	+50%	+100%
– Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	70%	+50%	+80%
Radiologie				
– Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	70%	+50%	+100%
– Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	70%	+50%	+80%
Actes techniques médicaux				
– Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	70%	+50%	+100%
– Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	70%	+50%	+80%



VOS GARANTIES

Garanties	Assiette	Régime CAMIEG		Régime CSM
		Régime de base	Part complémentaire	
Médicaments				
Médicaments prescrits remboursés par la sécurité sociale				
– Médicaments à service médical rendu majeur ou important	BR / Acte	65%	+35%	-
– Médicaments à service médical rendu modéré	BR / Acte	30%	+70%	-
– Médicaments à service médical rendu faible	BR / Acte	15%	+85%	-
Médicaments prescrits non remboursés par la sécurité sociale				
– Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale	PMSS / Acte	-	-	+1,75% PMSS
– Moyens de contraception féminine prescrits non remboursés par la Sécurité sociale : Pilules de 3 ^e et 4 ^e générations	PMSS / An	-	-	+1,75% PMSS
Matériel médical				
– Grands et petits appareillages remboursés par la Sécurité sociale (<i>Orthèses, prothèses médicales, orthopédie et locations d'appareils</i>)	BR / Acte	60% / 100%	60%/90% /150%/190%	+100%
– Pansements	BR / Acte	60%	+60%	+40%
– Véhicule pour personne handicapée pris en charge par la Sécurité sociale	PMSS / An	100% BR	+150% BR	+90% PMSS
Honoraires paramédicaux	BR / Acte	60%	+60%	+50%
Analyses et examens de laboratoire	BR / Acte	60%	+60%	+50%
Transport	BR / Acte	55%	+45%	-
Analyse hors nomenclature	PMSS / An	-	-	+0,7% PMSS

Le taux de remboursement est majoré de 50 % {sauf médecins non-signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)} pour les soins courants pour les personnes dont le taux d'incapacité est au moins égal à 80 % ou titulaire de la Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité.

Garanties	Assiette	Régime CAMIEG		Régime CSM
		Régime de base	Part complémentaire	
OPTIQUE				
les forfaits des équipements incluent le remboursement de la Sécurité sociale				
Equipements 100% santé * (1)				
– Monture	FR / Acte	Prise en charge intégrale		-
– Verres	FR / Acte	Prise en charge intégrale		-
– Prestation d'appairage	FR / Acte	Prise en charge intégrale		-
– Prestation d'adaptation	FR / Acte	Prise en charge intégrale		-
Equipements hors 100% santé* (1) - Adulte				
– Monture	Euros / Monture	60% BR	35 € y compris régime de base	65 €
– Verre simple (2)	Euros / Verre	60% BR	50 € y compris régime de base	Voir grille
– Verre complexe (2)	Euros / Verre	60% BR	124 € y compris régime de base	
– Verre hypercomplexe (2)	Euros / Verre	60% BR	185 € y compris régime de base	
– Prestation d'appairage	BR / Acte	60% BR	+60%	



VOS GARANTIES

Garanties	Assiette	Régime CAMIEG		Régime CSM
		Régime de base	Part complémentaire	
Equipements hors 100% santé - Enfant				
– Monture	Euros / Monture	60% BR	77 € y compris régime de base	23 €
– Verre simple ⁽²⁾	Euros / Verre	60% BR	43 € y compris régime de base	Voir grille
– Verre complexe ⁽²⁾	Euros / Verre	60% BR	103 € y compris régime de base	
– Verre hypercomplexe ⁽²⁾	Euros / Verre	60% BR	197 € y compris régime de base	
– Prestation d'appairage	BR / Acte	60% BR	+60%	
Autres				
– Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale ⁽³⁾	PMSS / An	60% BR	+645% BR	+1,5% PMSS
– Lentilles prescrites non remboursées par la Sécurité sociale ⁽⁴⁾	PMSS / An	-	Adulte 92,30 € Enfant 151,20 €	+7,35% PMSS
– Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie) y compris chirurgie intraoculaire	PMSS / œil / An	-	-	+32% PMSS

* Tels que définis réglementairement

(1) Dans la limite des prix limites de vente au public

(2) Selon définition des Conditions générales et de la Notice d'information

(3) Prise en charge à hauteur du TM pour les lentilles remboursables après consommation du forfait

(4) Ce forfait intègre l'adaptation des lentilles non prises en charge

Garanties	Assiette	Régime CAMIEG		Régime CSM
		Régime de base	Part complémentaire	
DENTAIRE				
Soins et prothèses 100% sante*(1)				
– Soins	FR / Acte	Prise en charge intégrale		-
– Prothèses	FR / Acte	Prise en charge intégrale		-
Soins et prothèses hors 100% sante*(1)				
Soins - Panier Reste à charge maîtrisé et Panier libre (1)				
– Consultations et soins dentaires (y compris prévention, chirurgiens-dentistes, détartrage, scellement des sillons et radiologie dentaire)	BR / Acte	60%	60%	+100%
– Consultations et soins dentaires (Stomatologie)	BR / Acte	70%	50%	+100%
– Inlay onlay	BR / Acte	60%	60%	+230%
Prothèses - Panier Reste à charge maîtrisé et Panier libre (1)				
– Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	BR / Acte	60%	+435%	+150%
– Couronne sur implant	PMSS/ An	60%	+435%	+10,5% PMSS Maximum 5 par an et par bénéficiaire
– Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	BRR / Acte	-	-	+150%
Autres prestations dentaires				
– Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	BR / Semestre	100%	260%	+200%
– Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	BRR / Semestre	-	-	+300% BRR



VOS GARANTIES

Garanties	Assiette	Régime CAMIEG		Régime CSM
		Régime de base	Part complémentaire	
– Couronnes ou stellites provisoires non prises en charge par la Sécurité sociale : 1 à 2 dents	PMSS / An	-	-	+2% PMSS
– Couronnes ou stellites provisoires non prises en charge par la Sécurité sociale : 3 dents	PMSS / An	-	-	+4% PMSS
– Couronnes ou stellites provisoires non prises en charge par la Sécurité sociale : par dent supplémentaire	PMSS / An	-	-	+1% PMSS
– Implantologie : maximum 5 par année civile et par bénéficiaires ⁽²⁾	PMSS / Acte	-	-	+20% PMSS
– Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale ⁽³⁾	PMSS / An	-	-	+8,4% PMSS
– Autres actes codifiés (en référence à la CCAM) non pris en charge par la Sécurité sociale sur frais réels limités à 500 € par an	FR / An	-	-	+30% FR

* Tels que définis réglementairement

(1) Les inlay onlay et les prothèses dentaires du panier 100% Santé et du panier Reste à charge maîtrisé seront pris en charge dans la limite des honoraires limites de facturation fixés.

(2) La prestation « Implants » concerne le remboursement de l'implant seul. Dans la limite de la garantie, tous les autres frais liés à la pose de l'implant sont remboursés, selon leur nature, soit au titre des « Autres actes codifiés non pris en charge par la Sécurité sociale » soit au titre des « Soins remboursés par la Sécurité sociale » soit au titre de la prestation « Couronne sur implant »

(3) Prise en charge pour le curetage, le surfaçage radiculaire et la gingivectomie.

Garanties	Assiette	Régime CAMIEG		Régime CSM
		Régime de base	Part complémentaire	
AIDES AUDITIVES				
Equipements 100% santé ^{*(1)}				
– Aide auditive	FR / Oreille	Prise en charge intégrale		-
Equipements hors 100% santé				
– Aide auditive pour les assurés jusqu'à leur 20 ^e anniversaire	Euros / Oreille	60% BR	Forfait de 1700 € y compris le régime de base	-
– Aide auditive pour les assurés au-delà du 20 ^e anniversaire	Euros / Oreille	60% BR	Forfait de 1700 € y compris le régime de base	-
– Forfait annuel pour accessoires (piles, écouteurs, embouts, ...) et l'entretien des aides auditives prises en charge par la Sécurité sociale	BR / Acte	60%	60%	+1,4% PMSS

*Tels que définis réglementairement.

(1) Dans la limite des prix limites de vente au public en vigueur

Garanties	Assiette	Régime CAMIEG	Régime CSM
-----------	----------	---------------	------------



VOS GARANTIES

		Régime de base	Part complémentaire	
AUTRES SOINS				
Médecine douce				
– Séances d'ostéopathe, acupuncteur, d'étiopathe, de chiropracteur. Uniquement les praticiens rattachés à une fédération reconnue.	Euros / Séance limité en séances / an	-	-	+60 € / séance limité à 6 séances /an sur l'ensemble des spécialités dans la limite de 90% FR
Consultations de psychologues	Euros / Séance limité en séances / an	-	-	+50 € / séance limité à 6 séances /an
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale				
– Honoraires, Transport et Hébergement	PMSS / An	65% BR	+55% BR	+8% PMSS
Ostéodensitométrie	PMSS / An	70% BR	+50% BR	+2,8% PMSS
Pack prévention annuel incluant :				
Psychomotricien, diététicien, ergothérapeute, podologue, amniocentèse ; Dépistage des troubles de l'audition par orthophoniste Bilan de langage oral ou écrit avant 14 ans par orthophoniste Bracelet GSM sur prescription médicale pour Alzheimer Test Hémocult, tensiomètre prescrit par un médecin	PMSS / An	-	-	+3,85% PMSS
Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la Sécurité sociale	BR / Acte	100%		
Activités de télésurveillance médicale remboursées par la Sécurité sociale	BR / Acte	100%		

SERVICES				
– Réseau de soins	Carte Blanche	-	-	Inclus
– Assistance	Europ assistance	-	-	Inclus

FR : Frais Réels / Il s'agit de la dépense totale engagée

BR : Base de Remboursement / Il s'agit d'un montant fixé par la Sécurité sociale servant de référence aux remboursements (Classification Commune des Actes Médicaux - CCAM)

BRR : Base de Remboursement Reconstituée / Il s'agit d'un montant reconstitué servant de référence au remboursement pour les actes sans BR dans la CCAM

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale / Il s'agit d'un montant fixé chaque année par décret

GRILLE OPTIQUE

Les montants minimum et maximum de prise en charge des équipements optique (verre et monture) pour un contrat collectif sont fixés dans la grille de garanties ci-dessus. Cette dernière est complétée par la grille optique des verres

Grille optique CSM pour Adulte (+18 ans) : (a)

Sphère	Unifocaux			Multifocaux et progressifs		
	Cylindre			Cylindre		
	0	0,25 - 4	4,25 et plus	0	0,25 - 4	4,25 et plus
0-2	35,00 €	55,00 €	94,00 €	110,00 €	156,00 €	156,00 €
2,24-4	35,00 €	55,00 €	94,00 €	110,00 €	156,00 €	156,00 €
4,25-6	35,00 €	55,00 €	94,00 €	163,00 €	156,00 €	156,00 €
6,25-8	62,00 €	103,00 €	142,00 €	163,00 €	156,00 €	156,00 €
8,25-12	62,00 €	103,00 €	142,00 €	163,00 €	369,00 €	369,00 €
12,25 et +	115,00 €	103,00 €	142,00 €	163,00 €	369,00 €	369,00 €

Grille optique CSM pour Enfant (-18 ans) : (a)

Sphère	Unifocaux			Multifocaux et progressifs		
	Cylindre			Cylindre		
	0	0,25 - 4	4,25 et plus	0	0,25 - 4	4,25 et plus
0-2	53,00 €	66,00 €	123,00 €	173,00 €	192,00 €	192,00 €
2,24-4	53,00 €	66,00 €	123,00 €	173,00 €	192,00 €	192,00 €
4,25-6	53,00 €	66,00 €	123,00 €	191,00 €	192,00 €	192,00 €
6,25-8	118,00 €	160,00 €	205,00 €	191,00 €	192,00 €	192,00 €
8,25-12	118,00 €	160,00 €	205,00 €	191,00 €	294,00 €	294,00 €
12,25 et +	198,00 €	160,00 €	205,00 €	191,00 €	294,00 €	294,00 €

Légende : (a)

Verre Simple Verre complexe Verre très complexe



VOS GARANTIES

LEXIQUE

100% Santé

Cette réforme a, notamment, pour objet de vous permettre de bénéficier d'une prise en charge renforcée par la Sécurité sociale et les organismes assureurs complémentaires pour certains actes et équipements dans le domaine de l'optique, des aides auditives et des soins dentaires prothétiques. Ces derniers sont définis au sein d'un panier de soin spécifique à chaque domaine, déterminé conjointement par les organismes représentatifs des professions concernées et la Sécurité sociale.

La réforme du 100 % Santé est mise en œuvre à travers la réglementation relative aux contrats responsables.

Le présent contrat respecte l'ensemble des règles relatives aux contrats responsables et propose donc des garanties couvrant les actes et équipements relevant des paniers de soins sans reste à charge définis par la réglementation :

- équipements de classe A en optique,
- équipements de classe 1 pour les aides auditives
- actes pour lesquels l'entente directe est limitée et sans reste à charge pour les soins dentaires prothétiques.

Ayants droit

On entend par ayants droit les personnes éventuellement couvertes avec vous, telles que définies dans la présente Notice d'information.

Base de Remboursement (BR)

Tarif servant de référence à la Sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement.

CAMIEG

Régime spécial d'assurance maladie couvert par la Caisse d'Assurance Maladie des Industries Electriques et Gazières (IEG). Il est composé de 2 niveaux avec le Régime Obligatoire « RO » et le Régime Complémentaire « RC ».

Contrats responsables

Les règles que doivent respecter les contrats Frais de santé pour être qualifiés de « contrats responsables » sont fixées par la loi et notamment par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et ses textes d'application. Ces règles visent d'une part, à imposer aux organismes assureurs des planchers et des plafonds de prise en charge pour certaines prestations et d'autre part, à leur interdire de rembourser certaines dépenses.

En tout état de cause, l'ensemble constitué par le présent contrat respecte l'ensemble de ces règles.

Couverture supplémentaire maladie (CSM)

Couverture collective à adhésion obligatoire Frais de santé mise en place par accord collectif de branche au bénéfice des agents statutaires salariés des entreprises et organismes relevant de la branche des industries électriques et gazières (IEG).

Forfait journalier hospitalier

Somme journalière à charge de la personne hospitalisée et dont le montant est fixé par arrêté.

Honoraires limites de facturation

Prix maxima de facturation des actes et prestations effectués par les chirurgiens-dentistes, définis en annexe de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie prévue à l'article L.162-9 du Code de la sécurité sociale.

Liste des produits et prestations remboursables

Ce terme vise les listes prévues à l'article L.165-1 et L.162-1-7 du Code de la sécurité sociale déterminant les actes dont le remboursement est pris en charge par la Sécurité sociale.

Ces listes distinguent plusieurs classes d'actes et de produits au sein d'une même catégorie de prestations (optique, aide auditive, soins dentaires prothétiques...), l'une d'elles faisant l'objet d'une prise en charge renforcée.

Prix limites de vente au public

Prix maxima que les professionnels peuvent pratiquer pour les actes et soins qui composent le panier de soins 100% Santé dans les secteurs de l'optique et des aides auditives tels que définis à la liste des produits et prestations remboursables par la sécurité sociale, prévue à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale.

Sécurité sociale

Régime d'assurance maladie obligatoire auquel vous ou vos ayants droit êtes rattachés.

Ticket Modérateur

Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par la Sécurité sociale (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise).



VOS GARANTIES

Le montant du Ticket Modérateur varie selon les actes ou les traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail) ou selon que vous êtes atteint d'une affection longue durée.

Tiers payant

Système de paiement qui vous évite de faire l'avance des frais de santé, ces derniers étant payés directement par la Sécurité sociale et/ou les organismes assureurs complémentaires aux professionnels de santé.

VOS GARANTIES OBLIGATOIRES

Les garanties Frais de santé du contrat interviennent en complément de celles prévues par le régime spécial de Sécurité sociale des IEG géré par la CAMIEG souscrites par votre employeur.

Les garanties Frais de santé s'appliquent dans les conditions et limites fixées par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et par ses textes d'application relatifs aux « contrats responsables ».

En cas d'évolution de la législation relative aux « contrats responsables », le contrat sera mis en conformité et les garanties Frais de santé adaptées conformément à la législation. Vous en serez informé par écrit par votre employeur.

Généralités sur les prestations

Le contrat prend en charge, dans la limite des garanties et niveaux associés, souscrites et décrites dans le tableau de garanties figurant au début du document, le remboursement :

- des frais restant à votre charge après remboursement du Régime spécial de Sécurité sociale des IEG géré par la CAMIEG et/ou du Régime général de la Sécurité sociale pour les actes faisant l'objet d'un remboursement de la Sécurité sociale, y compris les actes de prévention
- des dépenses de soins médicalement prescrites à caractère thérapeutique non remboursées par la Sécurité sociale ou par le Régime Spécial géré par la CAMIEG.
- des dépenses de soins remboursées dans le cadre de forfaits spécifiques prévus au tableau de garanties.

Pour les prestations remboursées par le Régime général de la Sécurité sociale et/ou par le Régime Spécial géré par la CAMIEG : le niveau des prestations est établi en fonction de la codification des actes médicaux, du tarif en vigueur fixé par la Sécurité sociale (base de remboursement de la Sécurité sociale ou Ticket Modérateur), des prix limites de vente au public et honoraires limites de facturation et de la législation en vigueur à la date d'effet du contrat. Toute évolution du niveau de remboursement de la Sécurité sociale susceptible de modifier l'engagement de l'assureur fera l'objet d'une modification des garanties. Vous en serez informé par écrit par votre employeur.

Le montant retenu pour les dépenses engagées est celui déclaré au Régime général de la Sécurité sociale et/ ou le Régime Spécial géré par la CAMIEG et figurant sur le décompte de prestations de cet organisme ou celui qui vous est facturé, en l'absence de remboursement par le Régime général de la Sécurité sociale et/ ou le Régime Spécial géré par la CAMIEG.

Les demandes de prestations doivent nous être adressées dans un délai maximum de deux ans à compter de la date des soins.

Hospitalisation

L'hospitalisation regroupe les hospitalisations médicales et chirurgicales dans les établissements conventionnés et non conventionnés, y compris la maternité et l'hospitalisation à domicile.

Les garanties suivantes sont incluses :

- les frais de séjour en établissements conventionnés ou non conventionnés par la Sécurité sociale, sans limitation de durée,
- les honoraires médicaux et chirurgicaux, intégrant une distinction entre les médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée et les médecins non adhérents, étant précisés que, s'agissant des médecins non adhérents non conventionnés par la Sécurité sociale, la base de remboursement retenue est celle du tarif d'autorité,
- la franchise hospitalière,
- **le forfait journalier, tel que visé à l'article L.174-4 du Code de la sécurité sociale, dans les établissements hospitaliers et les établissements médico-sociaux, sans limitation de durée,**
- la chambre particulière, sans limitation de durée.



VOS GARANTIES

- les frais d'accompagnant (y compris lit) en cas d'hospitalisation d'un de vos enfants de moins de 16 ans, pour un accompagnant unique sans limitation de durée.

Exclusions particulières sur l'hospitalisation

Ne sont pas pris en charge :

- les dépenses non remboursées par la Sécurité sociale (sauf le forfait journalier, chambre particulière et lit d'accompagnant),
- toute franchise applicable par la Sécurité sociale à l'exception de la franchise des actes lourds prévue à l'article R.160-16 du Code de la sécurité sociale,
- le forfait journalier hospitalier dans les établissements visés à l'article L.174-6 du Code de la sécurité sociale et au 6 du I de l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles,
- les exclusions générales figurant à la partie 3. « Exclusions générales ».

Soins courants

Honoraires médicaux

Les honoraires médicaux incluent les frais suivants, remboursés par la Sécurité sociale :

- les honoraires, intégrant une distinction entre les médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée et les médecins non adhérents, étant précisés que, s'agissant des médecins non adhérents non conventionnés par la Sécurité sociale, la base de remboursement retenue est celle du tarif d'autorité :
 - des consultations, visites et soins prodigués par des médecins généralistes et spécialistes,
 - des actes techniques médicaux, dont les actes de radiologie.

Conformément aux règles définies par le régime spécial d'assurance maladie des IEG, les honoraires des médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisés sont intégralement pris en charge par la CAMIEG (part obligatoire et part complémentaire).

- les honoraires paramédicaux,
- les analyses et examens réalisés par un laboratoire d'analyses de biologie médicale,
- les frais de transport,

- les séances d'accompagnement psychologique remboursées par la sécurité sociale dans le cadre du dispositif prévu à l'article L.162-58 du code de la Sécurité sociale,

- les activités de télésurveillance médicale remboursées par la Sécurité sociale mentionnées à l'article L.162-48 du code de la Sécurité sociale, associant un acte de surveillance médicale d'une part, et l'utilisation d'un dispositif médical numérique d'autre part.

Médicaments

Est inclus le remboursement des médicaments prescrits, remboursés par la Sécurité sociale et vendus en pharmacie.

Les médicaments remboursés sont :

- les médicaments à service médical rendu majeur ou important remboursés par la Sécurité sociale,
- les médicaments à service médical rendu modéré remboursés par la Sécurité sociale,
- les médicaments à service médical rendu faible remboursés par la Sécurité sociale.

Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale

Cette garantie permet, à concurrence d'un plafond applicable par année civile et par bénéficiaire le remboursement :

- des vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale,
- des moyens de contraception prescrits non remboursés par la Sécurité sociale,
- des pansements.

Le remboursement est conditionné à :

- une prescription par un médecin dûment habilité par le Code de la santé publique,
- une inscription sur la liste des médicaments ayant reçu une autorisation de mise sur le marché par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé,
- un achat en pharmacie,
- l'envoi de factures nominatives (désignation du médicament et du bénéficiaire).

Matériel médical

Cette garantie permet le remboursement des frais engagés sur les grands et petits appareillages (orthèses, prothèses médicales, orthopédie et location d'appareils) remboursés par la Sécurité sociale.

Exclusions particulières sur les Soins courants



VOS GARANTIES

Ne sont pas prises en charge :

- les dépenses non remboursées par la Sécurité sociale, sauf pour les prestations mentionnées explicitement,
- toute franchise applicable par la Sécurité sociale autre que le Ticket Modérateur,
- les exclusions générales figurant à la partie 3. « Exclusions générales ».

Optique

Équipements d'optique médicale (lunettes)

Les équipements d'optique médicale sont des dispositifs médicaux tels que définis à l'article L.5211-1 du Code de la santé publique. Ils sont composés d'une monture et de deux verres.

Les équipements (verres et montures) remboursés par la Sécurité sociale sont classés en deux groupes (**classes A et B**) par la Liste des produits et prestations remboursables.

Les verres et montures relevant de la **classe A** doivent bénéficier d'une prise en charge renforcée par la Sécurité sociale et les organismes assureurs complémentaires. Ils sont donc sans reste à charge.

Les prix des verres et montures relevant de la **classe B** sont déterminés librement et peuvent donner lieu à un reste à charge. Les verres relevant de la **classe B** sont définis par la présente Notice de la manière suivante :

Verres simples :

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ;
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

Verres complexes :

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ;
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;

- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

Verres hypercomplexes :

- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

Équipement d'optique médicale 100% Santé (Classe A)

Cette garantie permet le remboursement, en cas d'acquisition de verres et montures de **classe A** et dans la limite des prix de vente au public :

- du Ticket Modérateur,
- des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité,
- de la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre, dans les conditions définies par la liste des produits et prestations remboursables.
- de la prestation d'adaptation de la prescription médicale de verre correcteur, après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance, dans le respect des conditions fixées par la réglementation en vigueur.

Équipement d'optique médicale Panier libre (Classe B)

Cette garantie permet le remboursement, en cas d'acquisition de verres et montures de **classe B** :



VOS GARANTIES

- du Ticket Modérateur et,
- des frais exposés en sus du Ticket Modérateur, dans le respect des minima définis au 1° de l'article D. 911-1 du Code de la sécurité sociale et des limites définies au 3° de l'article R.871-2 du Code de la sécurité sociale.

Le remboursement d'une monture est limité à 100 euros.

Ces remboursements incluent la part des dépenses remboursées par la Sécurité sociale ainsi que le Ticket Modérateur. Ils incluent également :

- la prestation d'adaptation de la prescription médicale de verre correcteur, après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance, dans le respect des conditions fixées par la réglementation en vigueur,
- le tarif de responsabilité du supplément pour les verres avec filtre.

Dispositions communes aux équipements d'optique médicale de classes A et B

Quelle que soit la formule de base retenue, les remboursements s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de 2 verres et de 1 monture, par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste des produits et prestations remboursables telle que définie à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale.

La période mentionnée ci-dessus est fixe et s'entend à compter de la date d'acquisition du dernier équipement remboursé par la Sécurité sociale. En cas d'acquisition séparée des éléments d'un équipement, la période de deux ans s'entend à compter de la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement remboursé par la Sécurité sociale.

En outre, si vous présentez un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et que vous ne pouvez ou ne souhaitez pas porter de verres progressifs ou multifocaux, le contrat couvre un remboursement de deux équipements sur une période de deux ans corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus. Dans ce cas, les règles de remboursement sont applicables à chacun des équipements considérés individuellement.

La garantie Optique permet également le remboursement d'un équipement d'optique médicale composé de verres de **classe A** et d'une monture de **classe B** ou inversement. Dans ce cas, chacun des éléments composant l'équipement est remboursé selon le niveau de garanties prévu par la présente Notice pour la classe dont il relève, dans la limite globale des plafonds prévus au 3° de l'article R.871-2 du Code de la sécurité sociale.

Le remboursement de l'équipement inclut également, dans les conditions et limites de la formule choisie :

- le tarif de responsabilité de la prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indice de réfraction différents,
- le tarif de responsabilité du supplément pour les verres avec filtre,
- le tarif de responsabilité de la prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verres correcteurs réalisée par l'opticien, qui est pris en charge en sus de l'équipement.

En tout état de cause, le remboursement global de l'équipement est au moins égal aux montants minimum prévus au 1° de l'article D.911-1 du Code de la sécurité sociale, dans les limites fixées à l'article R871-2 du même Code.

Quelle que soit la formule de base retenue, le renouvellement des équipements d'optique médicale se fait dans le respect des conditions et limites fixées par la Liste des produits et prestations remboursables.

Autres garanties Optique

Cette garantie permet le remboursement :

- des lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale (y compris les lentilles jetables et lentilles correctrices de couleur).

Lorsque les remboursements de ces garanties sont exprimés en Euros ou en pourcentage du PMSS par an et par bénéficiaire, ils comprennent la prise en charge du Ticket Modérateur mais n'incluent pas le remboursement de la Sécurité sociale. En cas de dépassement du forfait, le remboursement est effectué à hauteur du Ticket Modérateur.

- de la chirurgie réfractive pour corriger la myopie, l'hypermétropie, l'astigmatisme et la presbytie.

Exclusions particulières sur l'optique

Ne sont pas prises en charge :

- les dépenses non remboursées par la Sécurité sociale (sauf pour les lentilles et la chirurgie de la myopie suivant la formule souscrite),



VOS GARANTIES

- des exclusions générales figurant à l'article «Exclusions générales».

Dentaire

Dans le cadre du 100% Santé, la convention dentaire a défini une liste de soins prothétiques ciblés, dits actes « à entente directe ».

Ces actes sont répartis entre trois paniers de soins définis à l'annexe V de la convention dentaire :

- les actes pour lesquels l'entente directe est limitée et sans reste à charge, auxquels s'appliquent des honoraires limites de facturation (**panier 100 % Santé**),
- les actes pour lesquels l'entente directe est limitée, auxquels s'appliquent des honoraires limites de facturation (**panier reste à charge maîtrisé**),
- les actes pour lesquels l'entente directe reste libre (**panier libre**).

Les actes pour lesquels l'entente directe est limitée et sans reste à charge (**panier 100 % Santé**) font l'objet d'une prise en charge renforcée par la Sécurité sociale et les organismes assureurs complémentaires. Ils sont donc sans reste à charge.

Les actes pour lesquels l'entente directe est limitée ou libre (**panier reste à charge maîtrisé** et **panier libre**) peuvent donner lieu à un reste à charge.

Soins

La garantie dentaire permet le remboursement :

- Des consultations et soins dentaires, y compris les actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale,
- des inlays-onlays.

Prothèses

La garantie Dentaire permet le remboursement :

- des soins et prothèses dentaires remboursés par la Sécurité sociale (dont inlay-core) pour lesquelles l'entente directe est limitée et sans reste à charge (**panier 100 % Santé**),
- des prothèses dentaires remboursés par la Sécurité sociale (dont inlay-core) pour lesquelles l'entente directe est limitée ou libre (**panier reste à charge maîtrisé** et **panier libre**),
- les prothèses dentaires non remboursés par la Sécurité sociale sont également remboursés.

Cette garantie permet le remboursement des actes dentaires prothétiques dans les conditions suivantes :

- prise en charge du Ticket Modérateur et des frais de soins dentaires prothétiques exposés en sus des tarifs de responsabilité,
- dans la limite des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie prévue à l'article L.162-9 du Code de la sécurité sociale pour les actes relevant du **panier 100 % Santé** et du **panier reste à charge maîtrisé**.

Autres

La garantie Dentaire permet également le remboursement :

- de l'orthodontie remboursée par la Sécurité sociale,
- de la parodontologie et de l'endodontie remboursées par la Sécurité sociale,
- de la parodontologie et de l'endodontie non remboursées par la Sécurité sociale,
- sont également remboursés :
 - l'orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale,
 - les couronnes sur implant,
 - l'implantologie, incluant l'implant et le pilier sur implant,
 - les couronnes ou stellites provisoires non remboursées par la Sécurité sociale,
 - tout acte non pris en charge par la Sécurité sociale codifié au sein de la classification commune des actes médicaux (CCAM).

Exclusions particulières sur le dentaire

Ne sont pas pris en charge :

- Les dépenses non remboursées par la Sécurité sociale (sauf pour les prestations mentionnées explicitement ci-dessus),
- Les exclusions générales figurant à l'article « Exclusions générales ».

Aides auditives

Une aide auditive (ou audioprothèse) est un dispositif médical à usage individuel destiné à compenser électroacoustiquement, au moyen d'une amplification appropriée, les pertes d'audition des malentendants ou les troubles de la compréhension. Une aide auditive se compose d'un appareillage pour une oreille ainsi que de différentes prestations d'accompagnement définies dans la liste des produits et prestations remboursables.



VOS GARANTIES

Dans le cadre de la réforme du 100 % Santé, les aides auditives faisant l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale ont été définies et classées en deux groupes (**classe 1 et classe 2**) selon leurs caractéristiques techniques.

Les aides auditives 100 % Santé (**classe 1**) font l'objet d'une prise en charge renforcée par la Sécurité sociale et les organismes assureurs complémentaires, elles sont donc sans reste à charge.

Les aides auditives hors 100 % Santé (**classe 2**) peuvent donner lieu à un reste à charge.

Aides auditives 100% Santé (Classe 1)

En cas d'acquisition de dispositifs relevant de la classe 1, cette garantie permet le remboursement :

- du Ticket Modérateur, y compris des consommables, des piles ou des accessoires et,
- des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix limites de vente au public.

Aides auditives hors 100 % Santé (Classe 2)

En cas d'acquisition de dispositifs relevant de la **classe 2**, cette garantie permet le remboursement, par aide auditive :

- du Ticket Modérateur, y compris des consommables, des piles ou des accessoires et,
- des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité, dans les limites définies au 4° de l'article R.871-2 du Code de la sécurité sociale.

Ces remboursements incluent la part des dépenses remboursées par la Sécurité sociale et le Ticket Modérateur ainsi que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires.

Dispositions communes aux aides auditives 100 % Santé et hors 100 % Santé

Le renouvellement du remboursement d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de quatre ans suivant la date d'acquisition de la précédente aide auditive remboursée par la Sécurité sociale.

Cette période s'entend pour chaque oreille indépendamment. Elle est fixe et ne peut donc être ni réduite, ni allongée.

La période de quatre ans est identique à celle applicable aux garanties du contrat du Régime Spécial géré par la CAMIEG.

En outre, ne sont pas pris en charge :

- **les dépenses non remboursées par la Sécurité sociale (sauf pour les prestations mentionnées explicitement),**
- **les exclusions générales figurant à l'article «Exclusions générales».**

Autres soins

Cures thermales

La garantie Cures thermales permet, à concurrence d'un plafond en pourcentage du PMSS applicable par bénéficiaire et par année civile, le remboursement des frais de cures (honoraires des médecins, au transport et à l'hébergement) remboursés par la Sécurité sociale.

Actes de prévention

Cette garantie permet le remboursement, à hauteur du Ticket Modérateur, des actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale.

Médecines douces

Cette garantie permet le remboursement des consultations d'ostéopathe, d'acupuncteur, d'étiopathe, de chiropracteur, réalisées par des praticiens inscrits auprès du registre national de leur spécialité.

Cette garantie permet également, le remboursement des consultations de psychologue réalisées par des praticiens inscrits auprès du registre national de leur spécialité à concurrence d'un plafond applicable par séance et par bénéficiaire dans la limite d'un nombre de séances défini par année civile.

Le remboursement est effectué sur présentation d'une facture nominative, établie par le praticien.

Exclusions particulières sur les Médecines douces

Ne sont pas pris en charge :

- **les actes de praticiens non recensés professionnellement dans les activités listées ci-dessus,**
- **les exclusions générales figurant à l'article « Exclusions générales ».**



VOS GARANTIES

Limite des remboursements

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à votre charge ou à celle de vos ayants droit, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit et avant la 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, vous pouvez obtenir l'indemnisation en vous adressant à l'organisme de votre choix.

En tout état de cause, ces garanties s'appliquent dans les conditions et limites fixées par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et par ses textes d'application relatifs aux contrats responsables.

Territorialité

Les garanties du présent contrat s'exercent en France et à l'étranger, quel que soit le pays dans lequel les dépenses de santé ont été engagées, dans la mesure où elles font l'objet d'un remboursement de la part de la Sécurité sociale française.

Par exception, les prestations visées au présent contrat, et pour lesquelles il n'y a pas de remboursement au titre de la Sécurité sociale, ne sont remboursées qu'à condition d'avoir été effectuées en France.

EXCLUSIONS GENERALES

Conformément aux règles des « contrats responsables » fixées à l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et ses textes d'application, ne peuvent donner lieu à remboursement par l'assureur les dépenses suivantes :

- la participation forfaitaire mentionnée à l'article L.160-13 II du Code de la sécurité sociale, laissée à la charge des assurés notamment pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale,
- les franchises médicales mentionnées à l'article L.160-13 III du Code de la sécurité sociale,

- la majoration de participation de l'assuré prévue par l'article L.162-5-3 du Code de la sécurité sociale en cas de non désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription médicale du médecin traitant,
- les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques réalisés par un spécialiste consulté sans prescription médicale du médecin traitant et qui ne relève pas d'un protocole de soins, visés à l'article L.162-5, 18° du Code de la sécurité sociale,
- et, de manière générale, tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et par ses textes d'application.

VOS REMBOURSEMENTS

Pour obtenir le premier remboursement, vous devez vous être affilié en indiquant, le cas échéant, vos ayants droit, ainsi qu'un relevé d'identité bancaire ou postal et une photocopie de l'attestation de la carte d'assuré social des personnes à assurer.

Vous bénéficiez du système de télétransmission Noémie

Ce dispositif vous évite de nous adresser les décomptes du Régime général de la Sécurité sociale et/ou du Régime Spécial géré par la CAMIEG. En effet, dès que vous vous êtes servi de votre carte Vitale ou après avoir envoyé votre feuille de soins au Régime général de la Sécurité sociale et/ou du Régime Spécial géré par la CAMIEG, ces derniers nous transmettent le montant des remboursements à verser. Nous procédons au virement du remboursement complémentaire directement sur votre compte bancaire.

Vous ne pouvez pas bénéficier du système de télétransmission Noémie

Le Régime général de la Sécurité sociale et/ou le Régime Spécial géré par la CAMIEG effectuera son remboursement et vous enverra un décompte de prestations que vous devez faire parvenir à l'adresse suivante accompagné, le cas échéant, des factures (optique, dentaire...) :



CENTRE DE GESTION
CREDIT AGRICOLE ASSURANCES
TSA 50190
28039 CHARTRES CEDEX

Vous pouvez également effectuer l'ensemble de vos demandes directement en ligne sur votre espace assuré.

L'assureur se réserve le droit de vous demander tout justificatif prouvant la bonne exécution des soins dont vous demandez le remboursement au titre de ce contrat.

Conformément à la réglementation, vous pourrez bénéficier du tiers payant auprès des praticiens qui l'acceptent.

VOTRE ADHESION

Quels sont les bénéficiaires du contrat ?

Sont bénéficiaires des garanties :

- L'ensemble du personnel statutaire de la branche des industries électriques et gazières ainsi que leurs ayants droit.

Les Salariés statutaires bénéficiaires des garanties de frais de santé à titre obligatoire sont :

Les salariés ayant la qualité d'ouvriers du régime spécial d'assurance maladie des industries électriques et gazières, tels que définis au 1° du I de l'article 1^{er} de l'arrêté du 30 mars 2007 relatif au régime spécial d'assurance maladie et maternité des industries électriques et gazières. Si elles évoluent, les nouvelles dispositions de l'arrêté du 30 mars 2007 devront être appliquées à leur date d'entrée en vigueur.

Les salariés statutaires bénéficiaires des garanties de frais de santé à titre facultatif :

Les salariés statutaires dont le contrat de travail est suspendu, peuvent demander le maintien à titre facultatif et individuel des garanties de frais de santé du présent contrat, dès lors que la suspension de leur contrat de travail ne donne pas lieu à maintien de rémunération, ni au versement d'une prestation/indemnité financée par l'employeur ou d'un revenu de remplacement versé par l'employeur.

Ce maintien facultatif est sous réserve que les personnes concernées en faisant la demande exprime au porteur de risque dans le mois suivant la suspension de leur contrat et s'acquittent de l'intégralité de la cotisation (part patronale et part salariale). Le précompte des cotisations n'est pas assuré par l'employeur.

Dans ce cadre, les salariés statutaires ouvrent le droit au bénéfice des remboursements du présent contrat à leurs éventuels ayants droit antérieurement couverts à titre obligatoire.

Les ayant droits bénéficiaires à titre obligatoire des garanties de frais de santé :

Les ayants droit bénéficiaires à titre obligatoire des garanties de frais de santé sont définis au 1° et 2° du VI de l'article 1^{er} de l'arrêté du 30 mars 2007 relatif au régime spécial d'Assurance Maladie et Maternité des Industries Electriques et Gazières. Si elles évoluent, les nouvelles dispositions de l'arrêté du 30 mars 2007 devront être appliquées à leur date d'entrée en vigueur.

- Au 1^{er} janvier 2026, ces dispositions sont les suivantes : les ayants droit bénéficiaires des garanties de frais de santé sont les personnes bénéficiaires du régime spécial des IEG géré par la CAMIEG et dont les ressources annuelles sont inférieures ou égales à 1 560 fois la moyenne annuelle des valeurs horaires du SMIC au cours de l'année de référence, à savoir :
 - Le conjoint, le conjoint séparé, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou le concubin affilié à un régime d'Assurance Maladie, autre que le régime spécial des IEG ;
 - L'enfant célibataire du Salarié statutaire à la charge de l'ouvrier droit, de son conjoint, de son conjoint séparé, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, dont la filiation, y compris adoptive, est légalement établie, la pupille de la Nation dont l'ouvrier droit est tuteur, ou l'enfant recueilli et qui est :
 - Âgé de 26 ans au plus ;
 - Ou âgé de plus de 16 ans, atteint d'un handicap médicalement reconnu avant son 21^{ème} anniversaire ;
 - Ou âgé de plus de 16 ans, orphelin partiel de l'ayant droit, handicapé, titulaire d'une pension d'un autre régime ou percevant l'Allocation Adulte Handicapé. La situation de handicap est prise en compte conformément aux dispositions du premier alinéa de l'article 29 de l'annexe 3 du statut national du personnel des IEG issu du décret n°46-1541 du 22 juin



VOS GARANTIES

1946 approuvant le statut national du personnel des IEG.

Une dispense d'adhésion est ouverte de droit en application des dispositions de l'article D.911-3 du Code de la Sécurité sociale au choix du salarié, pour ses ayants droit ci-dessus définis, sous réserve que les ayants droit soient déjà couverts par ailleurs, au titre d'une autre couverture complémentaire santé et à condition de le justifier chaque année auprès de son employeur.

Les autres couvertures complémentaire santé couvrant les ayants droit sont définies par un arrêté ministériel qui, en l'état de la dernière réglementation en vigueur, prévoit les cas suivants :

- être couvert par un dispositif de prévoyance complémentaire obligatoire et collectif (conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L.242-1 du Code de la Sécurité Sociale) ;
- être couvert par le Régime Local d'Assurance Maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D.325-6 et D.325-7 du Code de la Sécurité Sociale ;
- être couvert par le Régime Complémentaire d'Assurance Maladie des Industries Electriques et Gazières en application du décret n°46-1541 du 22 juin 1946 ;
- être couvert dans le cadre des dispositions prévues par le décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;
- être couvert dans le cadre des dispositions prévues par le décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
- être couvert dans le cadre des contrats d'assurance de groupe issus de la loi n°94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle.

Conformément aux dispositions des articles L. 911-7 et D. 911-2 du Code de la sécurité sociale, les salariés peuvent être dispensés, à leur demande, d'adhésion au contrat collectif, dès lors qu'ils relèvent de l'un des cas de dispenses d'adhésion prévu par ces dispositions. Vous devez nous fournir, à l'adhésion et à tout moment sur notre demande, tout document permettant de justifier de la qualité de bénéficiaire.

Comment réaliser l'adhésion des bénéficiaires ?

Pour bénéficier des garanties vous devez compléter, signer et retourner le bulletin individuel d'adhésion matérialisé ou dématérialisé mentionnant, le cas échéant, les ayants droit. Ce bulletin doit être adressé, dans les plus brefs délais, par le salarié statutaire, selon le choix opéré par son Entreprise, soit à l'Assureur, soit à son employeur, charge à l'entreprise dans ce dernier cas d'adresser le bulletin à l'assureur.

Dans le cas du Processus d'affiliation P1, le salarié statutaire peut compléter directement sur son espace assuré les informations relatives à sa situation ainsi que celles de ses ayants-droit :

Pour vous :

- une photocopie de l'attestation de votre carte d'assuré social que vous pouvez récupérer sur ameli.fr ou dans votre caisse d'assurance maladie,
- votre relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne.

Si vous êtes concerné :

- une photocopie de l'attestation de la carte d'assuré social de vos ayants droit,
- les photocopies des certificats de scolarité pour les enfants de plus de 18 ans ou tout document justifiant de leur situation d'ayant droit,
- l'attestation de PACS,
- votre certificat de concubinage ou une attestation sur l'honneur.

Vous devez fournir à l'assureur, à l'adhésion et à tout moment à sa demande, tout document permettant de justifier de la qualité de bénéficiaire.

Vous êtes également tenu de déclarer en cours de contrat toute modification intervenant dans votre situation (changement d'adresse, modification de la situation de famille dans le mois suivant la modification).



PRISE D'EFFET ET CESSATION DES GARANTIES OBLIGATOIRES

Quand prennent effet vos garanties ?

Les garanties obligatoires prennent effet :

- à la date d'effet du contrat collectif, qui démarre obligatoirement un premier du mois, si vous faites partie des effectifs et appartenez à la catégorie de personnel assurée à cette date ;
- ou à la date de votre embauche, si cette date est postérieure à la date d'effet du contrat collectif et que vous entrez dans la catégorie définie aux Conditions Particulières ;
- ou à la date à laquelle vous entrez dans la catégorie définie aux Conditions Particulières.

Pour vos ayants droit :

- à la même date que vous, sous réserve qu'ils répondent aux conditions d'ayants droit,
- à la date à laquelle ils répondent aux conditions d'ayants droit, sous réserve que le bulletin individuel d'adhésion matérialisé ou dématérialisé parvienne à l'assureur, au plus tard dans les trente jours qui suivent cette date. A défaut, au 1^{er} jour du mois qui suit la réception du bulletin individuel d'adhésion par l'assureur ;
- au lendemain de la radiation par le précédent organisme assureur, sous réserve que le bulletin individuel d'adhésion nous parvienne au plus tard dans les trente jours qui suivent la date de radiation.

Les actes et prescriptions médicales ou chirurgicales antérieurs à la date de prise d'effet du contrat ou de la garantie ou dont la date de première proposition, de prescription ou d'exécution se situe avant la date de prise d'effet du contrat ou de la garantie ne peuvent donner lieu à remboursement par l'assureur.

Quand cessent vos garanties ?

Vos garanties cessent :

- à la date de résiliation du contrat collectif par votre employeur ou par l'assureur quel qu'en soit le motif,

- à la date de rupture de votre contrat de travail quel qu'en soit le motif (licenciement, démission, départ à la retraite, décès, etc.). Par dérogation, en cas de rupture de votre contrat de travail, en application du dispositif de portabilité prévu à l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale, vos garanties peuvent être maintenues, selon les modalités et conditions fixées dans le paragraphe ci-dessous intitulé « Maintien des garanties au titre de la portabilité ». Votre adhésion cesse à la date à laquelle vous cessez définitivement et totalement de bénéficier des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période de maintien de couverture,
- à la date à compter de laquelle vous et, le cas échéant, vos ayants droit ne remplissez plus les conditions requises pour adhérer au contrat,
- à la date de passage dans une catégorie de personnel non visée ci-dessus,
- à la date à laquelle vous, et le cas échéant vos ayants droit, bénéficiez d'une dispense d'adhésion, telle que prévue par la réglementation.

La cessation de la garantie, quelle qu'en soit la cause, entraîne à sa date d'effet, la perte immédiate des droits aux prestations pour vous et vos ayants droit.

Cas particuliers de suspension de contrat de travail

Peuvent bénéficier des garanties les salariés statutaires dont le contrat de travail est suspendu, et le cas échéant de leurs ayants droit, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'une indemnisation de l'employeur et notamment d'un maintien de salaire, total ou partiel ou d'une prestation / revenu de remplacement versé / financé en tout ou partie par l'employeur. Ces cas sont notamment les suivants :

- Les salariés statutaires en arrêt de travail pour accident, maladie et longue maladie, d'origine professionnelle ou non, pour maternité ou paternité ;
- Les salariés statutaires en congé épargne temps (qui utilisent leur compte épargne temps)
- Les salariés statutaires en projet de transition professionnelle dont le financement est assuré par les associations de transition professionnelle régionales (Atpro) ;

Dans ces hypothèses, les salariés et les entités bénéficiaires continueront à s'acquitter des cotisations dans des conditions identiques aux salariés statutaires en activité.

Les garanties sont maintenues, sans contrepartie de cotisation, ni salariale ni patronale, dans les deux



VOS GARANTIES

situations suivantes :

- Les salariés statutaires en invalidité de catégories 2 et 3 ;
- Les salariés en congé de présence parentale, en congés de proche aidant ou en congé de solidarité familiale.

Dans les autres cas, la garantie est suspendue à compter de la date de suspension de votre contrat de travail.

Les soins survenus pendant la période de suspension de la garantie ne donnent lieu à aucune prise en charge. Seuls les soins prescrits et effectués antérieurement à la date de début de la suspension sont remboursés pendant la période de suspension.

Maintien des garanties au titre de la portabilité

En application de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale, en cas de cessation du contrat de travail non consécutive à une faute lourde, vos garanties Frais de santé sont maintenues si vous bénéficiez d'une prise en charge par le régime d'assurance chômage, sous réserve des conditions et modalités suivantes :

- Le maintien de la garantie est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois ;
- Le bénéfice du maintien de la garantie est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts avant la date de cessation du contrat de travail ;
- Les garanties maintenues au bénéfice des anciens salariés sont celles en vigueur dans l'entreprise ; par conséquent, les anciens salariés éligibles au dispositif de portabilité et, le cas échéant, leurs ayants droit, bénéficient des garanties Frais de santé du présent contrat dans les mêmes conditions que les salariés actifs du souscripteur. En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions ;
- L'ancien salarié doit justifier auprès de l'assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, qu'il remplit les conditions pour bénéficier du dispositif de portabilité ;

- L'employeur signale le maintien de la garantie Frais de santé dans le certificat de travail des anciens salariés et informe l'assureur dans un délai de 15 jours de la cessation du contrat de travail des anciens salariés bénéficiaires du dispositif de portabilité.

Ces dispositions sont applicables dans les mêmes conditions aux ayants droit de l'ancien salarié qui bénéficient effectivement de la garantie Frais de santé à la date de la cessation du contrat de travail.

La garantie Frais de santé cesse :

- à l'issue de la durée mentionnée au 1° de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale ;
- à la date à laquelle vous cessez de bénéficier des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes de demandeurs d'emploi, de décès) ;
- en cas de manquement à votre obligation de fourniture des justificatifs demandés ;
- en cas de résiliation, pour quelques motifs que ce soit, du contrat collectif ;
- lorsque vous ne remplissez plus les conditions fixées par l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale pour bénéficier du maintien de la garantie.

Maintien des garanties au titre de la loi Evvin

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 peuvent, dans les cas visés ci-après, demander à bénéficier d'une couverture auprès de l'assureur sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux :

1° Les anciens assurés, bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties au titre du mécanisme de portabilité prévue à l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale.

2° Les personnes garanties du chef de l'assuré, décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès. Le souscripteur informe l'assureur du décès de l'assuré.



VOS GARANTIES

L'assureur adresse des propositions de couverture à ces anciens salariés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire.

DISPOSITIONS GENERALES

Cotisations des garanties obligatoires réglées par l'intermédiaire de l'entreprise

La répartition des cotisations obligatoires entre l'entreprise et les salariés est fixée dans l'acte de formalisation du régime dans l'entreprise. L'entreprise est seule responsable du versement des cotisations.

A défaut de paiement des cotisations dans les dix jours de leur échéance, l'assureur se réserve le droit de suspendre les garanties trente jours après l'envoi à l'entreprise, d'une lettre recommandée avec avis de réception constituant une mise en demeure. Dans la lettre de mise en demeure qu'il adresse au souscripteur, l'assureur l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. L'assureur se réserve le droit de résilier le contrat collectif dix jours après le délai de trente jours mentionné ci-dessus. Le contrat non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'assureur les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement. **Les frais médicaux prescrits pendant la période de suspension de la garantie ne donnent lieu à aucune prise en charge.**

Médiation

Pour toute précision ou pour toute réclamation, nous vous remercions d'adresser une réclamation écrite au service suivant auprès duquel vous pouvez solliciter à tout moment un nouvel examen de votre réclamation :

CENTRE DE GESTION
CREDIT AGRICOLE ASSURANCES
TSA 50190
28039 CHARTRES CEDEX

Toute réclamation écrite est traitée dans les meilleurs délais, sans excéder dix (10) jours ouvrables pour en accuser réception et deux (2) mois pour y répondre.

A l'issue d'un délai de deux mois après l'envoi de votre réclamation écrite, ou si la réponse à cette dernière ne vous donne pas satisfaction, vous pouvez alors recourir gratuitement à une procédure de médiation, en vous adressant au Médiateur de l'assurance à l'adresse suivante :

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

ou sur le site internet :
<http://www.mediation-assurance.org>

Toutefois, cette procédure n'est possible que si aucune action judiciaire n'a été engagée.

Délai de prescription

Conformément à l'article L.114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant du contrat 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 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.

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

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'alinéa précédent sont :

- **la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;**
- **une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée ;**
- **la demande en justice, même en référé, et y compris dans le cas où elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque la saisine de la juridiction est annulée par l'effet d'un vice de procédure. L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande en justice ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.**



Subrogation

Conformément à l'article L.131-2, alinéa 2 du Code des assurances, les prestations ayant un caractère indemnitaire et étant versées en remboursement des frais supportés par l'assuré, l'assureur est subrogé, à concurrence des sommes versées par lui, dans les droits et actions de l'assuré, contre tout tiers responsable.

Fausse déclaration

Toute réticence ou fausse déclaration modifiant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion de l'assureur entraînerait l'application de l'article L.113-8 du Code des assurances, lequel prévoit :

« Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part du souscripteur, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par le souscripteur a été sans influence sur le sinistre.

Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

Les dispositions du second alinéa du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie ».

Protection des données personnelles

Les données à caractère personnel vous concernant, et concernant vos ayants-droit, collectées dans le cadre de la présente adhésion et au cours de son exécution, sont communiquées à PREDICA, responsable de traitement.

Ces données font l'objet d'un traitement dans le cadre des finalités suivantes : la passation, l'exécution et la gestion des contrats d'assurance, ainsi que la réponse à nos obligations légales, réglementaires et administratives en vigueur. Le traitement de ces données **est obligatoire** pour l'accomplissement des finalités visées ci-dessus.

Conformément à la législation en vigueur sur la protection des données personnelles, vous êtes informé que vos données à caractère personnel et celles de vos ayants-droit, seront conservées, proportionnellement aux finalités décrites et pour les durées suivantes :

Dans le cadre de la passation, de l'exécution et de la gestion du contrat :

Ces données sont conservées pour la durée de la relation contractuelle, augmentée des délais nécessaires à la liquidation et à la consolidation de vos droits et de ceux de vos ayants-droit et des durées relatives aux prescriptions applicables.

- Les données d'identification et de connaissance de la personne assurée sont conservées 5 ans à compter de la fin de la relation contractuelle.
- Les données relatives au paiement des prestations sont conservées 5 ans après le paiement de la prestation.
- Dans le cadre de la Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme : 5 ans à compter de la réalisation de l'opération.
- Dans le cadre des obligations de connaissance client, obligations déclaratives fiscales OFAC : conservation selon les durées légales ou réglementaires de prescription applicables.
- Conformément à la réglementation en vigueur, PREDICA peut consulter la liste des Nationaux Spécialement Désignés et Personnes Bloquées du Département du Trésor américain (<http://sdnsearch.ofac.treas.gov>).
- Dans le cadre de lutte contre la fraude : 6 mois à compter de l'alerte pour les alertes non pertinentes. Pour les alertes pertinentes, la durée de conservation est de 5 ans à compter de la clôture du dossier de fraude ou prescription légale applicable en cas de poursuite.

Vos données (à l'exclusion du NIR), sont par ailleurs **nécessaires** :

- A la réalisation d'actions de prospection et d'animation commerciales, et à l'élaboration de statistiques, et peuvent être conservées pendant 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale. Au-delà de ces 3 ans, les données sont supprimées.
- Et dans le cadre de la prospection commerciale et en l'absence de conclusion d'un contrat : les données prospects peuvent être conservées pendant un délai de 3 ans à compter du dernier contact resté infructueux. Au-delà de ces 3 ans, les données seront supprimées.

Le traitement des données collectées pour la passation, l'exécution et la gestion du contrat a pour base légale l'exécution contractuelle ;

Les traitements de données dans le cadre de : la lutte contre le blanchiment de capitaux, du financement du terrorisme, des obligations de connaissance client, obligations déclaratives fiscales IFU, FATCA, OFAC, EAI, ont pour base légale les obligations légales du Responsable de Traitement ;

Le traitement des données collectées pour la lutte contre la fraude interne et externe a pour base légale l'intérêt légitime du Responsable de Traitement ;

Le traitement des données de santé, collectées pour la bonne exécution du contrat a pour base légale le consentement de la personne concernée ;

Le traitement des données dans le cadre de la prospection commerciale a pour base légale l'intérêt légitime du Responsable de Traitement ;



VOS GARANTIES

Le traitement des données dans le cadre de la prospection commerciale par voie électronique a pour base légale le consentement de la personne concernée.

Les destinataires de ces données sont : l'intermédiaire d'assurance auprès duquel l'adhésion a été réalisée et le cas échéant, les co-assureurs et ré-assureurs, autorités administratives et judiciaires pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires, ainsi qu'à une ou plusieurs sociétés du Groupe Crédit Agricole, chargées de la gestion et de la prévention des risques opérationnels (lutte contre le blanchiment de capitaux, évaluation des risques) au bénéfice de l'ensemble des entités du Groupe, sans possibilité d'opposition de votre part.

Ces données sont également communiquées aux sous-traitants de PREDICA, dont la liste pourra vous être communiquée sur simple demande selon les modalités précisées ci-après.

Par ailleurs, vos données pourront être communiquées aux entités assurances du Groupe, PACIFICA et CACI, dans le seul et unique but d'une meilleure connaissance client, et afin de vous proposer des produits d'assurance adaptés à vos besoins. Vos données pourront également être utilisées à des fins statistiques. Vous pouvez à tout moment vous y opposer selon les modalités précisées ci-après.

Vous autorisez également PREDICA à communiquer vos coordonnées personnelles à des instituts d'enquêtes ou de sondage, agissant pour le compte exclusif de PREDICA et des sociétés d'assurance du Groupe, PACIFICA et CACI, à des fins statistiques, sachant que vous n'êtes pas tenu de répondre à leurs sollicitations et que vos données sont détruites après traitement. Vous pouvez exercer votre droit d'opposition à ces enquêtes dès le premier contact. Nous soulignons que vous n'êtes pas tenu de répondre à leurs sollicitations, que vous pouvez par ailleurs exercer votre droit d'opposition à ces enquêtes dès le premier contact et que vos données sont détruites après traitement.

En application de la réglementation en vigueur, vous disposez, sur vos données à caractère personnel, ainsi que vos ayants-droit sur leurs données à caractère personnel, des droits :

- d'accès ;
- de rectification ;
- à l'effacement - l'oubli : notamment lorsque les données ne sont plus nécessaires au regard des finalités pour lesquelles elles ont été collectées, ou lorsque votre consentement a été exclusivement requis pour le traitement et que vous le retirez (cas de la prospection commerciale par voie électronique par exemple), ou encore si vous vous opposez au traitement. Toutefois, vous ne disposez pas du droit à l'effacement ou à l'oubli lorsque les données concernées sont obligatoires, indispensables à l'exécution du contrat ;

- de limitation : notamment en cas d'inexactitude des données ou lorsque vous contestez le fondement de l'intérêt légitime de collecte de la donnée ;
- d'opposition au traitement de vos données, dès lors qu'il ne s'agit pas de données obligatoires, indispensables à l'exécution du contrat ;
- d'un droit à la portabilité qui vous permet de demander le transfert des données à caractère personnel que vous nous avez fournies et qui font l'objet d'un traitement automatisé dans le cadre de l'exécution du contrat. Vous pouvez demander un transfert soit directement vers vous, soit vers un responsable de traitement que vous nous aurez indiqué. Ce transfert sera effectué dans un format structuré.

L'ensemble de vos droits peuvent être exercés, en justifiant de votre identité, par courrier simple à : PREDICA – Délégué à la Protection des Données – Droit d'accès – 75724 Paris cedex 15.

Après épuisement des procédures internes PREDICA, en cas de désaccord persistant, la CNIL peut être saisie à partir de son site internet : www.cnil.fr.

Autorité de contrôle

L'assureur est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 Place de Budapest - 75436 PARIS Cedex 09.



VOS GARANTIES ASSISTANCE

1. OBJET

Les garanties d'assistance décrites dans le présent document sont souscrites conformément aux dispositions de l'article L 112-1 du code des assurances par Predica auprès d'**Europ Assistance S.A**, Société anonyme au capital de 61 712 744,00 €, entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le numéro 451 366 405, sise 2 rue Pillet-Will, 75009 Paris (ci-après désignée « Nous » ou EUROP ASSISTANCE »).

Elles bénéficient aux assurés de la **Convention-cadre relative à la couverture supplémentaire maladie des salariés statutaires de la branche des Industries Electriques et Gazières** (ci-après « le Contrat d'assurance »), entré en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2026.

2. CONDITIONS ET MODALITES D'APPLICATION DES GARANTIES D'ASSISTANCE

2.1 Validité et durée des garanties d'assistance

Les garanties d'assistance s'appliquent pendant la période de validité du Contrat d'assurance. Elles cessent de ce fait si ce Contrat d'assurance est résilié.

Elles cessent également en cas de cessation des présentes Conditions d'assistance assurées par Europ Assistance, à la date d'effet de ladite cessation. Dans ce cas, PREDICA communiquera en temps utile aux Assurés les coordonnées du nouvel assistant.

2.2 Conditions d'application

Nous intervenons à la condition expresse que l'Evénement qui nous amène à fournir la prestation demeurerait incertain au moment de la demande d'assistance et du départ (si déplacement).

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

2.3. Modalités d'intervention

En cas d'urgence, ne pouvant Nous substituer aux services de secours, il est nécessaire de les contacter pour tout problème relevant de leur compétence.

2.3.1. Comment Nous contacter en cas de besoin d'assistance ?

Afin de Nous permettre d'intervenir, il Vous est recommandé de :

- préparer Votre appel de manière à ce que Nous puissions Vous identifier (identité, adresse,

numéro de Contrat d'assurance) et vous localiser précisément.

Pour toute demande d'assistance, Vous devez :

- Nous appeler sans attendre au n° de téléphone

09 69 39 12 54 (coût d'appel vers un fixe)

- Ce numéro est accessible 24h/24 et 7j/7.

• Obtenir notre accord préalable avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense,

- Vous conformer aux solutions que Nous préconisons,

- Nous fournir tout élément permettant de justifier le bien-fondé de votre demande ainsi que les justificatifs originaux des dépenses dont le remboursement est demandé.

Pour contacter le service de Téléconsultation, Vous pouvez Nous appeler au n° de téléphone :

- **09 69 39 12 50** (coût d'appel vers un fixe)

Ce numéro est accessible 24h/24 et 7j/7.

2.3.2. Conditions d'Intervention

Nous nous engageons à mobiliser tous les moyens dont nous disposons pour mettre en œuvre les Prestations d'assistance. En effet, notre engagement repose sur une obligation de moyens et non de résultat. Nous intervenons selon les disponibilités locales, notamment en matière d'hébergement ou de location de véhicule, et la réglementation en vigueur.

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

Justificatifs : Pour toute demande d'assistance, Nous devons vérifier préalablement l'identité, l'éligibilité aux Prestations d'assistance du Bénéficiaire ou de l'Assuré, et la matérialité de l'Evénement ouvrant droit au bénéfice des Prestations d'assistance.

Il vous sera demandé de produire les justificatifs nécessaires à l'identification des Assurés et Bénéficiaires et du Domicile en France (par la présentation d'un avis d'imposition sous réserve d'avoir préalablement occulté tous les éléments y figurant sauf le nom, l'adresse et les personnes composant le foyer fiscal), et selon les cas, les factures justificatives originales des frais engagés que nous avons accepté de rembourser, les certificats médicaux, bulletins d'hospitalisation, et tout autre justificatif mentionné dans le descriptif de chaque Prestation d'assistance.

3. DEFINITIONS

3.1 Définitions des intervenants au contrat

Dans le présent chapitre, les mots commençant par une majuscule, qu'ils soient au singulier ou au pluriel, doivent être entendus selon le sens qui leur est donné ci-dessous :

3.1.1 Assuré ou "Vous"

La personne physique ayant la qualité d'Assuré au Contrat d'Assurance

S'ils ont la qualité d'Assuré :

- Le conjoint, (ci-après désigné « Conjoint ») à savoir, l'époux/l'épouse, le(la) partenaire de pacte civil de solidarité (PACS) ou le(la) concubin(e) notoire de l'Assuré, vivant habituellement sous le même toit que l'Assuré, et couvert au titre du Contrat d'Assurance.
- Les Enfants (ci-après désignés « Enfants ») à savoir, à la date de l'Événement, les enfants tels que définis au Contrat collectif et obligatoire n° souscrit auprès de PREDICA, entreprise régie par le Code des assurances, société anonyme dont le siège social est 16/18 Boulevard de Vaugirard 75 015 PARIS, immatriculée sous le n°334.028.123 R.C.S. PARIS.

3.1.2 Bénéficiaire

La(les) personne(s) physique(s) à votre charge, n'ayant pas la qualité d'Assuré au Contrat d'Assurance, mais pouvant bénéficier de Garanties d'assistance.

3.1.2.1. Le Conjoint de l'Assuré

Désigne l'époux/l'épouse, le(la) partenaire de PACS ou le(la) concubin(e) notoire de l'Assuré, vivant habituellement sous le même toit que l'Assuré.

3.1.2.2. Les Enfants de l'Assuré

Désigne, à la date de l'Événement, le(s) enfant(s) de moins de 15 ans de l'Assuré, vivant sous son toit et fiscalement à sa charge ; ou quel que soit son âge s'il perçoit une allocation pour adulte handicapé attribuée avant son 21ème anniversaire.

3.1.2.3. Les Ascendants dépendants à charge, (ci-après désignés « Ascendants »)

Désigne les parents, beaux-parents et grands-parents dépendants, vivant sous le toit de l'Assuré et fiscalement à sa charge.

La dépendance désigne l'état physique ou psychique qui rend impossible la réalisation de certaines activités de la vie courante sans l'aide d'un tiers, y compris le handicap.

3.1.2.4. Un Proche

Désigne toute personne membre de la famille ou non, résidant en France et désignée par l'Assuré.

3.2 Définitions des Événements faisant l'objet des garanties d'assistance

3.2.1 Affection de longue Durée

Désigne une Maladie reconnue comme Affection de longue durée par l'Assurance Maladie et prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie.

Il existe 3 catégories d'Affection de longue durée :

- les affections inscrites sur la liste fixée par l'article D.322-1 du Code de la Sécurité sociale ;
- les affections dites « hors-liste » : maladies graves, de forme évolutive ou invalidante, non inscrites sur la liste précédente, comportant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à six (6) mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse ;
- les poly-pathologies : lorsque le patient est atteint de plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à six (6) mois.

3.2.2. Blessure

Une lésion corporelle constatée par un docteur en médecine atteignant un Bénéficiaire, provenant de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

3.2.3 Événement

Toute situation prévue par les présentes Dispositions Générales à l'origine d'une demande d'assistance auprès d'EUROP ASSISTANCE.

3.2.4 Hospitalisation

Désigne l'admission justifiée par un bulletin d'hospitalisation dans un centre hospitalier (hôpital ou clinique), consécutive à une Maladie ou à une Blessure. Sont couverts les cas de complications liées à l'accouchement entraînant une prolongation du séjour de la mère en maternité ou une admission dans un autre établissement hospitalier.

3.2.5 Immobilisation au Domicile

Désigne une incapacité (totale ou partielle) physique à se déplacer constatée par un médecin, faisant suite à une Maladie ou à une Blessure, et nécessitant le repos au Domicile.

3.2.6 Maladie

Désigne l'état pathologique dûment constaté par un médecin, nécessitant des soins médicaux, faisant l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale.



3.3 Définitions relatives à la territorialité

3.3.1 Déplacement

Désigne tout déplacement en France **au-delà d'un rayon de 50 km du Domicile**.

3.3.2 Domicile

Désigne le lieu de résidence principale et habituelle de l'Assuré en France. Son adresse figure sur son dernier avis d'imposition sur le revenu, facture d'énergie ou de téléphone.

3.3.3 DROM (Département ou Région d'Outre-Mer)

Désigne la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane, la Réunion, et Mayotte.

3.3.4 Etranger

Désigne le monde entier, **à l'exception de la France, et des pays exclus à l'article « exclusions territoriales »**.

3.3.5 France

Désigne la France métropolitaine et les DROM.

3.3.6 Transport

En dehors de l'article 7.2.1 « Transport Rapatriement », le terme « Transport » désigne tout déplacement non médicalisé organisé par Europ Assistance dans le cadre de la présente Garantie d'Assistance, s'effectuant par :

- train 1re classe sauf mention contraire ;
- avion en classe économique ;
- véhicule de location ;
- taxi pour toute distance inférieure à 50 km.

4. TERRITORIALITE

4.1 Etendue territoriale

Les garanties d'assistance s'appliquent en France, à l'exception de la garantie « Envoi de médicaments » qui est acquise depuis l'Etranger uniquement, et de la garantie « Téléconsultation » qui est acquise en France et à l'Etranger.

4.2 Dispositions spécifiques aux DROM

Pour les résidents de la Martinique, de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Réunion et Mayotte :

- les prestations « Transfert des Enfants ou des Proches », « Présence hospitalisation » et « Garde des animaux de compagnie » **sont effectuées exclusivement au départ et à destination du département de Domicile.**
- les prestations d'assistance sont accordées sans franchise kilométrique.

Les autres dispositions sont maintenues.

4.3 Exclusions territoriales

Les prestations d'assistance ne s'appliquent pas dans les pays et territoires suivants : Biélorussie, Corée du Nord, Crimée, Républiques Populaires de Donetsk, Louhansk, Kherson et Zaporijjia, Iran, Russie, et Syrie. Sont également exclus les déplacements vers un pays, une région ou une zone vers lesquels les voyages sont formellement **déconseillés par les autorités gouvernementales françaises à la date de départ**. Consultez le site du ministère des affaires étrangères avant votre départ <http://www.diplomatie.gouv.fr> pour connaître la liste de pays exclus.

4.4 Sanctions internationales

EUROP ASSISTANCE ne fournira aucune couverture, ne prendra en charge les prestations et ne fournira aucun service décrit dans le présent document si cela peut l'exposer à une sanction, à une interdiction ou à une restriction internationale telle que définie par l'Organisation des Nations Unies, ou la France, ou l'Union Européenne, ou le Royaume-Uni ou les Etats-Unis d'Amérique. Plus d'informations disponibles sur <https://www.europ-assistance.com/en/who-we-are/international-regulatory-information> (en anglais) ou <https://www.europ-assistance.com/fr/nous-connaître/informations-reglementaires-internationale> (en français).

5. PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS D'ACCIDENT, MALADIE OU HOSPITALISATION

5.1 Assistance en cas de Blessure ou de Maladie à Domicile

5.1.1 Aide à la recherche d'un médecin

En l'absence de votre médecin traitant, nous vous aidons à trouver un médecin en vous communiquant les numéros de téléphone utiles (médecin de garde ou service d'urgence).

Nous ne pouvons en aucun cas être responsables de l'indisponibilité ou de l'éloignement du médecin susceptible de se déplacer. Le choix du médecin vous appartient ; les honoraires, frais de soins ou de déplacement sont à votre charge (prise en charge totale ou partielle possible par Votre régime obligatoire et contrat Complémentaire Santé Collective).

5.1.2 Livraison de médicaments

Lorsqu'un médecin vient de vous prescrire en urgence, par ordonnance, des médicaments, si les médicaments sont immédiatement nécessaires, nous allons les chercher dans une officine de pharmacie proche de votre Domicile (ou pharmacie de garde) et nous vous les apportons, sous réserve de leur disponibilité en pharmacie.

Nous prenons en charge le prix de la course. **Le prix des médicaments reste à votre charge (prise en charge totale ou partielle possible par Votre régime obligatoire et contrat Complémentaire Santé Collective).**

5.1.3 Recherche des coordonnées d'un (e) infirmier/ière

Hors cas d'urgence, si des soins médicaux vous ont été prescrits par un médecin, nous pouvons vous venir en aide, sur simple appel téléphonique.

Nous recherchons et vous communiquons les coordonnées d'un (d'une) ou de plusieurs infirmier/ière (s) proche de votre Domicile, afin qu'il/elle se rende auprès de vous.

Le choix du professionnel de santé vous appartient ; les honoraires, frais de soins ou de déplacement sont à votre charge (prise en charge totale ou partielle possible par Votre régime obligatoire et contrat Complémentaire Santé Collective).

5.1.4 Organisation de Services à Domicile

En cas d'Immobilisation à Votre Domicile, sur demande de Votre part, nous pouvons organiser les services suivants :

- Recherche et organisation de services à la personne
- Réservation de transport (taxi, ambulance, VSL)
- Organisation de la livraison de repas à Domicile.

Les frais de ces prestations restent à la charge de l'Assuré.

5.1.5 Garde à Domicile des Ascendants dépendants à charge

Si Vous êtes dans l'incapacité de vous occuper de vos Ascendants dépendants à charge, Nous organisons et prenons en charge la présence d'une aide familiale (travailleuse familiale ou aide-soignante) pour **un maximum de 20 heures** pour assurer leur garde et les travaux ménagers (ménage, repassage, aide aux repas).

Le service est accessible du lundi au vendredi (hors jours fériés) entre 8 h 00 et 19 h 00, à raison de 2 heures minimum par intervention.

5.2 Assistance en cas d'Accident ou de Maladie lors d'un Déplacement

5.2.1 Transport - Rapatriement

Si au cours du Déplacement en France, l'Assuré est malade ou blessé et ne peut rentrer par ses moyens ou à la date initialement prévue, nous organisons et prenons en charge les frais réels de transport :

- soit vers le Domicile

- soit vers un service hospitalier approprié proche du Domicile

Si l'hospitalisation n'a pas pu se faire dans un établissement proche du Domicile, Nous organisons et prenons en charge, dès lors que l'état de santé de l'Assuré le permet, le transport de l'hôpital au Domicile.

Les prestations sont organisées en fonction des seules exigences médicales, sur décision de nos médecins après recueil des informations auprès du médecin local qui Vous a pris en charge à la suite de l'Évènement.

Seuls votre situation médicale et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport et le choix du lieu d'hospitalisation éventuel.

IMPORTANT

La décision finale à mettre en œuvre appartient en dernier ressort à nos médecins, et ce afin d'éviter tous conflits d'autorités médicales.

Par ailleurs, dans le cas où Vous refusez de suivre la décision considérée comme la plus opportune par nos médecins, votre refus nous décharge de toute responsabilité, notamment en cas de retour par vos propres moyens, ou encore en cas d'aggravation de votre état de santé.

Pour les résidents des DROM : retour effectué exclusivement vers le département de Domicile.

5.2.2 Frais de secours sur piste de ski

Nous prenons en charge les frais d'évacuation des pistes de ski, du lieu de l'Accident jusqu'au centre de soins le plus proche, pour un montant **maximum de 460 € TTC**.

Sont exclus l'organisation des secours et les frais de recherche, ainsi que les frais de secours hors-pistes de ski.

Seuls les frais facturés par une société dûment agréée pour ces activités peuvent être remboursés.

5.2.3 Prolongation de séjour

Si vous êtes immobilisé(e) à la suite d'une Maladie ou d'un Accident survenu lors de votre Déplacement en France et que nos médecins jugent à partir des informations communiquées par les médecins locaux que cette Immobilisation est nécessaire au-delà de votre date initiale de retour, nous prenons en charge les frais d'hébergement de vous-même et d'un accompagnant, pour un montant de **80 € TTC par personne et par nuit (hors frais de restauration), dans la limite de 800 € TTC par personne.**

Notre prise en charge cesse à compter du jour où nos médecins jugent, à partir des informations communiquées par les médecins locaux, que Vous êtes en mesure de reprendre le cours de votre Déplacement interrompu ou de rentrer à votre Domicile.

5.2.4 Envoi de médicaments à l'Etranger

Si Vous êtes en Déplacement à l'Etranger et que vos médicaments, indispensables à la poursuite de votre traitement et dont l'interruption vous fait courir, selon avis de nos médecins, un risque pour votre santé, sont perdus ou volés, nous recherchons des médicaments équivalents sur place, et dans ce cas, organisons une visite médicale avec un médecin local qui pourra vous les prescrire. Les frais médicaux et de médicaments restent à votre charge.

S'il n'existe pas de médicaments équivalents sur place, nous organisons à partir de la France uniquement, l'envoi des médicaments prescrits par votre médecin traitant sous réserve que ce dernier adresse à nos médecins un duplicata de l'ordonnance qu'il vous a remis et que ces médicaments soient disponibles dans les pharmacies de ville.

Nous prenons en charge les frais d'expédition. **Le coût d'achat des médicaments et les éventuels frais de douane restent à votre charge.**

Ces envois sont soumis aux Conditions Générales des sociétés de transport que nous utilisons. Dans tous les cas, ils sont soumis à la réglementation et aux conditions imposées par la France et les législations nationales de chacun des pays en matière d'importation et d'exportation des médicaments.

Nous dégageons toute responsabilité pour les pertes, vols des médicaments et restrictions réglementaires qui pourraient retarder ou rendre impossible le transport des médicaments, ainsi que pour les conséquences en découlant.

Sont exclus les envois de produits sanguins et dérivés du sang, les produits réservés à l'usage hospitalier ou les produits thermosensibles soumis à la chaîne du froid, les médicaments soumis aux restrictions légales du pays de destination, ainsi que dans tous les cas les produits non disponibles en officine de pharmacie en France.

5.3 Assistance en cas d'Hospitalisation ambulatoire

5.3.1 Enveloppe de services et d'aide à Domicile

Si au cours de l'année, vous faites face une **Hospitalisation ambulatoire (de moins de 24h sans nuitée) ayant entraîné une Immobilisation d'au moins 5 jours consécutifs**, Nous organisons et prenons en charge les prestations suivantes **dans la limite d'une enveloppe de 100€ TTC par période annuelle de garantie et d'une Hospitalisation ambulatoire par année.**

Les services et aides à Domicile peuvent être demandés au fur et à mesure des besoins, pendant la durée de l'Evènement garanti ouvrant droit à la prestation. Le coût de chaque service utilisé vient en déduction du montant de l'enveloppe disponible. Dès qu'il le souhaite, l'Assuré peut contacter le Service Assistance par téléphone pour connaître le solde encore disponible et obtenir des conseils sur son utilisation.

La demande doit, sous peine de forclusion, être faite dans les quinze (15) jours suivant le retour au Domicile.

Le montant maximum de cette enveloppe ne saurait donner droit à un paiement en espèces.

Le montant non utilisé à la fin de la période annuelle de garantie n'est pas reconductible, hors survenance d'un nouvel évènement ouvrant droit à prestation.

Lorsque l'Assuré est encore couvert au titre des présentes conditions et a utilisé la totalité du montant de l'enveloppe avant la fin de l'évènement garanti, le Service Assistance peut, à sa demande :

- organiser les services de son choix, parmi les services et aides proposés,
- lui communiquer les coordonnées de prestataires spécialisés dans les domaines de services proposés.

Le coût des services alors proposés reste à la charge de l'Assuré.

5.3.1.1 Aide à Domicile (aide-ménagère, auxiliaire de vie, travailleuse familiale)

Nous organisons l'intervention d'une aide à Domicile :

- Soit par une aide-ménagère (repassage, ménage, aide à la préparation des repas)
- Soit par une auxiliaire de vie (soins du quotidien hors soins médicaux)
- Soit par une travailleuse familiale (conseils dans le domaine de l'éducation familiale)

Ces prestations peuvent être fournies du lundi au samedi (hors jours fériés) de 8h à 19h, **minimum de 2h par prestation.**

5.3.1.2 Garde à Domicile des Enfants

Si vous ne pouvez Vous occuper de la garde de Vos Enfants, Nous organisons et prenons en charge la présence d'une aide familiale (travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice) pour venir garder vos Enfants à votre Domicile.

Cette prestation peut être fournie du lundi au samedi (hors jours fériés) de 8h à 19h, **minimum de 2h par intervention**.

Sa mission consiste à garder l'Enfant au Domicile et préparer les repas. Pendant ses heures de présence, l'aide familiale pourra accompagner les Enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extrascolaires et retourner les chercher, à condition que le déplacement se fasse sans véhicule.

5.3.1.3 Garde à Domicile de l'Enfant malade ou convalescent

Si Votre Enfant est malade ou convalescent, Nous organisons et prenons en charge la présence d'une aide familiale (travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice) pour venir garder vos Enfants à votre Domicile.

Cette prestation peut être fournie du lundi au samedi (hors jours fériés) de 8h à 19h, **minimum de 2h par intervention**.

Sa mission consiste à garder l'Enfant au Domicile et préparer les repas.

5.3.1.4 Veille ou prise en charge des membres de la famille dépendants

Si aucun Proche n'est disponible sur place, Nous organisons et prenons en charge l'intervention au domicile du membre de Votre famille dépendant (auxiliaire de vie ou personne de compagnie).

Cette prestation peut être fournie du lundi au samedi (hors jours fériés) de 8h à 19h, **minimum de 2h par intervention**.

5.3.1.5 Livraison de repas à Domicile

Nous organisons et prenons en charge la livraison des repas au Domicile de l'Assuré.

Le délai de mise en place est de quatre (4) jours ouvrés maximum à compter de la demande. Ce service n'est pas disponible les samedis, dimanches et jours fériés.

Les repas sont livrés par pack de 5 ou 7 « déjeuners + dîners ».

Le coût des repas n'est pas pris en charge.

Cette prestation est disponible uniquement en France Métropolitaine, hors Corse et DROM.

Dans les zones non desservies ou lorsque le pack de repas n'est pas adapté, nous organisons l'intervention d'une aide à Domicile pour préparer les repas à Votre Domicile dans les conditions précisées à la prestation « Aide à Domicile ».

5.3.2 Enveloppe de transports et autres services

Si au cours de l'année, vous faites face une Hospitalisation ambulatoire (sans nuitée) ayant entraîné une Immobilisation d'au moins 5 jours. Nous organisons et prenons en charge les prestations suivantes **dans la limite d'une enveloppe de 50€ TCC par période annuelle de garantie et d'une Hospitalisation ambulatoire par année.**

Ces prestations peuvent être demandées au fur et à mesure des besoins, pendant la durée de l'évènement garanti ouvrant droit à la prestation. Le coût de chaque service utilisé vient en déduction du montant de l'enveloppe disponible. Dès qu'il le souhaite, l'Assuré peut contacter le Service Assistance par téléphone pour connaître le solde encore disponible et obtenir des conseils sur son utilisation.

Le montant maximum de cette enveloppe ne saurait donner droit à un paiement en espèces.

Le montant non utilisé à la fin de la période annuelle de garantie n'est pas reconductible, hors survenance d'un nouvel évènement ouvrant droit à prestation.

Lorsque l'Assuré est encore couvert au titre des présentes conditions et a utilisé la totalité du montant de l'enveloppe avant la fin de l'évènement garanti, le Service Assistance peut, à sa demande :

- organiser les services de son choix, parmi les services et aides proposés,
- lui communiquer les coordonnées de prestataires spécialisés dans les domaines de services proposés.

Le coût des services alors proposés reste à la charge de l'Assuré.

5.3.2.1 Transport de l'Assuré

Nous organisons et prenons en charge Votre Transport non médicalisé, à la condition qu'il soit justifié par une Hospitalisation ambulatoire (déplacement aller et/ou retour entre le Domicile de l'Assuré et le lieu de l'Hospitalisation).

5.3.2.2 Préparation du retour au Domicile

Nous organisons et prenons en charge l'intervention d'une aide-ménagère pour effectuer les tâches ménagères (ménage, repassage, préparation de repas), ouvrir les volets, mettre le logement à température et faire des courses.

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

Cette prestation s'effectue sous réserve de la mise à disposition des clés, des codes d'accès du Domicile et des conditions d'accessibilité en toute sécurité.

Nous pouvons organiser, à votre demande et à votre charge, le Transport du prestataire pour aller chercher les clés.

Cette prestation peut être fournie du lundi au samedi (hors jours fériés) de 8h à 18h, **minimum de 2h par prestation.**

5.3.2.3 Transfert d'un Proche

Nous organisons et prenons en charge le Transport aller-retour d'un Proche pour venir s'occuper de l'Assuré et/ou ses Enfants au Domicile de l'Assuré.

5.3.2.4 Transfert des Enfants et/ou des Ascendants dépendants au Domicile d'un Proche

Nous organisons et prenons en charge le Transport des Enfants et/ou des Ascendants dépendants à charge au Domicile d'un Proche, ainsi que le Transport aller-retour d'un Proche qui les accompagne.

Si besoin, Nous pouvons missionner un accompagnateur.

5.3.2.5 Conduite en taxi des Enfants à l'école et/ou aux activités extra-scolaires

Si aucun Proche ne peut accompagner le(s) Enfant(s) à l'école et/ou aux activités extra-scolaires, Nous organisons et prenons en charge le Transport des Enfants en taxi aller-retour depuis leur Domicile. Le(s) Enfant(s) sera (seront) obligatoirement accompagné(s) d'un adulte désigné par l'Assuré.

5.3.2.6 Fermeture du Domicile quitté en urgence

Si Vous êtes hospitalisé et que vous avez dû quitter votre Domicile précipitamment, Nous organisons et prenons en charge la venue d'une aide-ménagère afin de fermer le Domicile quitté en urgence (fermeture des accès du Domicile - volets, fenêtres, portes, etc., éteindre les lumières, les appareils électriques en fonctionnement, trier les denrées périssables, étendre le linge resté dans la machine à laver).

Cette prestation s'effectue sous réserve de la mise à disposition des clés, des codes d'accès du Domicile et des conditions d'accessibilité en toute sécurité.

Nous pouvons organiser, à votre demande et à votre charge, le Transport du prestataire pour aller chercher les clés.

Cette prestation peut être fournie du lundi au samedi (hors jours fériés) de 8h à 18h, **minimum de 2h par intervention.**

5.3.2.7 Assistance aux Animaux de compagnie (chien ou chat)

Nous organisons et prenons en charge le Transport aller-retour d'un Proche afin de récupérer l'Animal au Domicile de l'Assuré.

Si aucun Proche n'est en mesure de s'occuper des Animaux de compagnie, Nous organisons et prenons en charge la garde de l'Animal par un prestataire, frais de nourriture compris.

Cette prestation est soumise au respect des conditions de transport, d'accueil et d'hébergement définies par les prestataires et établissements de garde.

Sont exclus :

- **Les chiens de catégories 1 et 2 (article L211-12 du Code rural et de la pêche maritime) ;**
- **Les frais de cage.**

5.3.2.8 Livraison de courses au Domicile

Nous organisons et prenons en charge la livraison de courses à Votre Domicile.

Le prestataire se rend à votre Domicile et prend possession de la liste de courses. Il fait les courses dans un lieu d'achat choisi dans un rayon de 15 kilomètres et livre ou fait livrer les courses à Votre Domicile.

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

5.4 Assistance en cas d'Hospitalisation de plus de 24 heures avec nuitée(s) (hors Déplacement)

Si votre état de santé nécessite une Hospitalisation de plus de 24 heures (avec une nuitée minimum) et entraîne une Immobilisation d'au moins 5 jours consécutifs, Nous organisons et prenons en charge les prestations suivantes :

5.4.1 Transfert à l'hôpital et retour au Domicile

Nous organisons et prenons en charge, sur prescription médicale, votre transport par ambulance de votre Domicile vers l'hôpital le plus proche ou vers un hôpital de votre choix situé dans un rayon de 50 km maximum.

À l'issue de l'hospitalisation, si vous n'êtes pas en état de vous déplacer dans des conditions normales, Nous organisons et prenons en charge votre transport retour de l'hôpital à votre Domicile (dans un rayon de 50 km du Domicile).

La prise en charge financière du déplacement se fera en complément des remboursements éventuels que l'Assuré aura obtenus auprès des régimes obligatoires et complémentaires.

5.4.2 Aide-ménagère

Nous organisons la mise à disposition d'une aide-ménagère pour effectuer les travaux ménagers à votre Domicile (repassage, ménage, préparation des repas, etc.).

Nous prenons en charge le coût de l'aide-ménagère jusqu'à concurrence de 9 heures de travail, pouvant être réparties sur 4 semaines (minimum de 2 heures par intervention). Cette prestation peut être fournie du lundi au vendredi (hors jours fériés) entre 8h et 19h.

La demande doit, sous peine de forclusion, être faite dans les quinze (15) jours suivant le retour au Domicile.

5.4.3 Assistance aux Enfants et aux petits enfants de moins de 15 ans

Les prestations suivantes sont proposées pendant l'Hospitalisation ou à la suite immédiate de l'Hospitalisation.

5.4.3.1 Garde des Enfants ou petits-enfants de moins de 15 ans au Domicile

Nous organisons et prenons en charge la présence d'une aide familiale (travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide-soignante) pour venir garder vos Enfants, ou petits-enfants à charge de moins de 15 ans, à votre Domicile, pour **une durée maximum de 24 heures** par Hospitalisation. Chaque prestation dure **au minimum 4 heures** et peut être fournie du lundi au samedi (hors jours fériés) entre 8h et 19h.

Sa mission consiste à garder l'Enfant au Domicile et préparer les repas.

Cette garantie n'est pas cumulable avec la prestation « Accompagnement des Enfants chez un Proche ou présence d'un Proche au Domicile ».

5.4.3.2 Conduite des Enfants à l'école

Si aucun Proche n'est disponible, nous organisons et prenons en charge la présence d'une aide familiale pour accompagner les enfants à la crèche ou à l'école et retourner les chercher.

Cette prestation est proposée du lundi au samedi (hors jours fériés) de 8h à 19h, **pendant 5 jours consécutifs et dure au minimum 2 heures par jour.**

5.4.3.3 Conduite en taxi des Enfants à leurs activités extra-scolaires

Nous organisons et prenons en charge les frais de taxi pour un montant forfaitaire de **77 € TTC par hospitalisation**, pour accompagner les Enfants à leurs activités extra-scolaires (musique, sport...).

La garde d'Enfants ou tout autre adulte désigné par les parents, accompagnera l'Enfant dans le cadre de ses heures de garde.

5.4.3.4 Accompagnement des Enfants chez un Proche ou présence d'un Proche au Domicile

Nous organisons et prenons en charge :

- L'accompagnement des Enfants chez un Proche : voyage aller-retour en train 1re classe ou avion classe économique, depuis son Domicile, d'une personne désignée par Vos soins, ou d'une de nos hôtesse, pour venir chercher, à Votre Domicile, vos Enfants lorsqu'ils sont à votre charge et les conduire au Domicile d'un Proche.

(Prise en charge du voyage aller-retour des Enfants ainsi que celui d'un accompagnant)

OU

- La présence d'un Proche au Domicile : voyage aller-retour en train 1re classe ou avion classe économique, depuis son Domicile, d'une personne désignée par Vos soins, afin qu'elle vienne à Votre Domicile pour effectuer la garde des Enfants.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Garde des Enfants au Domicile ».

5.4.4 Garde à Domicile des Ascendants dépendants à charge

Nous organisons et prenons en charge la présence d'une aide familiale (travailleuse familiale ou aide-soignante) **pour un maximum de 5 jours** pour venir aider votre Ascendant dans les actes de vie quotidienne.

Le service est accessible du lundi au samedi (hors jours fériés) entre 8h et 19h, **à raison de 2 heures minimum par intervention.**

5.4.5 Présence d'un Proche à votre chevet

Nous organisons et prenons en charge le voyage aller-retour en train 1re classe ou avion classe économique d'un Proche désigné par Vos soins depuis son Domicile afin qu'il se rende à Votre chevet.

Dans le cas où cette personne ne peut être hébergée à Votre Domicile, nous organisons et prenons en charge ses frais **d'hôtel jusqu'à 80 € TTC par nuit avec un maximum de 2 nuits (frais de restauration exclus).**

5.4.6 Transport et garde des animaux de compagnie (chien ou chat)

Nous organisons et prenons en charge :

- La garde en pension complète de vos animaux de compagnie chez un professionnel, jusqu'à concurrence de **230 € TTC maximum** par période d'Hospitalisation

OU

- Leur transport chez un Proche dans un rayon maximum de 100kms de votre Domicile.

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

Sont exclus :

- **Les chiens de catégories 1 et 2 (article L211-12 du Code rural et de la pêche maritime) ;**
- **Les frais de cage.**

5.4.7 Aide dans la vie quotidienne – Garde des Enfants habituellement gardés par un ascendant

Nous organisons et prenons en charge une garde des Enfants de l'Assuré en cas d'Hospitalisation d'au moins 24h de l'ascendant habituellement chargé de leur garde, et si aucun Proche ne peut s'occuper d'eux.

Chaque prestation dure **au minimum 2 heures par jour** et peut être fournie du lundi au samedi (hors jours fériés) de 8h et 19h, **à concurrence de 5 jours maximum.**

6. PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS D'AFFECTION DE LONGUE DUREE

6.1 Assistance en cas d'Affection de longue durée

La prise en charge des prestations d'assistance en cas d'Affection de longue durée est limitée à une fois par Assuré et par période annuelle de garantie.

6.1.1 Evaluation des besoins et recommandations

Sur simple appel téléphonique, Nous analysons Votre situation médico-sociale et socio-économique et évaluons avec Vous vos besoins. Nous pouvons ainsi Vous proposer les solutions d'aide et de services adaptées ainsi que les moyens de les mettre en œuvre et de les financer soit au titre de l'enveloppe de services (aide à Domicile, transport et autres services) proposée, soit en mobilisant d'autres sources de financement.

Vous restez seul juge des prestations que Vous souhaitez utiliser.

Nous ne pourrions être tenus responsables dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des recommandations faites.

6.1.2 Enveloppe de services et d'aide à Domicile

Si au cours de l'année, vous faites face à l'un des Événements suivants en lien avec votre Affection de longue durée :

- **Immobilisation d'au moins 5 jours à Domicile ;**

- **Ou Hospitalisation de plus de 24 heures (avec une nuitée minimum) ayant entraînée une Immobilisation d'au moins 5 jours consécutifs.**

Nous organisons et prenons en charge les prestations suivantes dans la limite d'une enveloppe forfaitaire de **1500€ TTC** par Assuré éligible et par période annuelle de garantie.

Le délai pour la mise en place des prestations est d'une demi-journée ouvrée à compter de la demande. Les services et aides à Domicile peuvent être demandés au fur et à mesure des besoins, pendant la durée de l'Événement garanti ouvrant droit à la prestation. Le coût de chaque service utilisé vient en déduction du montant de l'enveloppe disponible. Dès qu'il le souhaite, l'Assuré peut contacter le Service Assistance par téléphone pour connaître le solde encore disponible et obtenir des conseils sur son utilisation.

Le montant maximum de cette enveloppe ne saurait donner droit à un paiement en espèces.

Le montant non utilisé à la fin de la période annuelle de garantie n'est pas reconductible, hors survenance d'un nouvel Événement ouvrant droit à prestation.

Lorsque l'Assuré est encore couvert au titre des présentes conditions et a utilisé la totalité du montant de l'enveloppe avant la fin de l'événement garanti, le Service Assistance peut, à sa demande :

- organiser les services de son choix, parmi les services et aides proposés,
- lui communiquer les coordonnées de prestataires spécialisés dans les domaines de services proposés.

Le coût des services alors proposés reste à la charge de l'Assuré.

6.1.2.1 Aide-ménagère

Nous organisons la mise à disposition d'une aide-ménagère pour effectuer les travaux ménagers du quotidien à votre Domicile (repassage, ménage, préparation des repas).

Nous prenons en charge le coût de l'aide-ménagère **jusqu'à concurrence de 9 heures de travail par année d'assurance, pouvant être réparties sur 4 semaines (minimum de 2 heures par intervention).** Cette prestation peut être fournie du lundi au vendredi (hors jours fériés) entre 8h et 19h.

Dans le cas d'une hospitalisation donnant droit à la prestation (Hospitalisation de plus de 24 heures en lien avec votre Affection de longue et ayant entraînée une immobilisation d'au moins 5 jours), la demande doit, sous peine de forclusion, être faite dans les 15 jours suivant le retour au Domicile.

6.1.2.1 Autres Aide à Domicile (auxiliaire de vie et travailleuse familiale)

Nous organisons également l'intervention d'une aide à Domicile :

- Soit par une auxiliaire de vie (soins du quotidien hors soins médicaux)
- Soit par une travailleuse familiale (conseils dans le domaine de l'éducation familiale)

Ces prestations peuvent être fournies du lundi au samedi (hors jours fériés) de 8h à 19h, **minimum de 2h par prestation**.

6.1.2.2 Garde à Domicile des Enfants ou petits-enfants de moins de 15 ans

Si vous ne pouvez-vous occuper de la garde de Vos Enfants, ou petits-enfants à charge de moins de 15 ans, Nous organisons et prenons en charge la présence d'une aide familiale (travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice) pour venir garder vos Enfants ou petits-enfants à votre Domicile.

Cette prestation peut être fournie du lundi au samedi (hors jours fériés) de 8h à 19h, **minimum de 2h par intervention**.

Sa mission consiste à garder l'Enfant, ou le petit-enfant de moins de 15 ans, au Domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'Enfant. Pendant ses heures de présence, l'aide familiale pourra accompagner les Enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extrascolaires et retourner les chercher, à condition que le déplacement se fasse sans véhicule.

6.1.2.3 Garde à Domicile de l'Enfant malade ou convalescent

Si Votre Enfant est malade ou convalescent, Nous organisons et prenons en charge la présence d'une aide familiale (travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice) pour venir garder vos Enfants à votre Domicile.

Cette prestation peut être fournie du lundi au samedi (hors jours fériés) de 8h à 19h, **minimum de 2h par intervention**.

Sa mission consiste à garder l'Enfant au Domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'Enfant.

6.1.2.4 Veille ou prise en charge des membres de la famille dépendants

Si aucun Proche n'est disponible sur place, Nous organisons et prenons en charge l'intervention au domicile du membre de Votre famille dépendant (auxiliaire de vie ou personne de compagnie).

Cette prestation peut être fournie du lundi au samedi (hors jours fériés) de 8h à 19h, **minimum de 2h par intervention**.

6.1.2.5 Livraison de repas à Domicile

Nous organisons et prenons en charge la livraison des repas au Domicile de l'Assuré.

Le délai de mise en place est de 4 jours ouvrés maximum à compter de la demande. Ce service n'est pas disponible les samedis, dimanches et jours fériés.

Les repas sont livrés par pack de 5 ou 7 « déjeuners + dîners ».

Le coût des repas n'est pas pris en charge.

Cette prestation est disponible uniquement en France Métropolitaine, hors Corse et DROM.

Dans les zones non desservies ou lorsque le pack de repas n'est pas adapté, nous organisons l'intervention d'une aide à Domicile pour préparer les repas à Votre Domicile dans les conditions précisées à la prestation « Aide à Domicile ».

6.1.3 Enveloppe de transports et autres services

Si au cours de l'année, vous faites face à l'un des événements suivants **en lien avec votre Affection de longue durée** :

- Immobilisation d'au moins 5 jours à Domicile
- Ou Hospitalisation de plus de 24 heures (avec nuitée(s)) ayant entraînée une immobilisation d'au moins 5 jours

Nous organisons et prenons en charge les prestations suivantes dans la limite d'une enveloppe forfaitaire de **1500€ TTC** par Assuré éligible et par période annuelle de garantie (à savoir, période de douze mois consécutifs).

Ces prestations peuvent être demandées au fur et à mesure des besoins, pendant la durée de l'Événement garanti ouvrant droit à la prestation. Le coût de chaque service utilisé vient en déduction du montant de l'enveloppe disponible. Dès qu'il le souhaite, l'Assuré peut contacter le Service Assistance par téléphone pour connaître le solde encore disponible et obtenir des conseils sur son utilisation.

Le montant maximum de cette enveloppe ne saurait donner droit à un paiement en espèces.

Le montant non utilisé à la fin de la période annuelle de garantie n'est pas reconductible, hors survenance d'un nouvel Événement ouvrant droit à prestation.

Lorsque l'Assuré est encore couvert au titre des présentes conditions et a utilisé la totalité du montant de l'enveloppe avant la fin de l'Événement garanti, le Service Assistance peut, à sa demande :

- organiser les services de son choix, parmi les services et aides proposés,
- lui communiquer les coordonnées de prestataires spécialisés dans les domaines de services proposés.

Le coût des services alors proposés reste à la charge de l'Assuré.

6.1.3.1 Transport de l'Assuré en cas d'Hospitalisation

Nous organisons et prenons en charge Votre transport non médicalisé.

6.1.3.2 Préparation du retour au Domicile

Nous organisons et prenons en charge l'intervention d'une aide-ménagère pour effectuer les tâches ménagères, ouvrir les volets, mettre le logement à température et faire des courses.

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

Cette prestation s'effectue sous réserve de la mise à disposition des clés, des codes d'accès du Domicile et des conditions d'accessibilité en toute sécurité.

Nous pouvons organiser, à la demande de l'Assuré, et à sa charge, le Transport du prestataire pour aller chercher les clés. **Dans ce cas, le coût de cette intervention est à la charge de l'Assuré.**

Cette prestation peut être fournie du lundi au samedi (hors jours fériés) de 8h à 18h, **minimum de 2h par prestation.**

6.1.3.3 Transfert d'un Proche

Nous organisons et prenons en charge le Transport aller-retour d'un Proche pour venir s'occuper de l'Assuré et/ou ses Enfants au Domicile de l'Assuré.

6.1.3.4 Transfert des Enfants et/ou des membres de la famille dépendants au Domicile d'un Proche

Nous organisons et prenons en charge le Transport des Enfants et/ou des ascendants dépendants à charge au Domicile d'un Proche, ainsi que le Transport aller-retour d'un Proche qui les accompagne.

Si besoin, Nous pouvons missionner un accompagnateur.

6.1.3.5 Conduite en taxi des Enfants à l'école et/ou aux activités extra-scolaires

Si aucun Proche ne peut accompagner le(s) Enfant(s) à l'école et/ou aux activités extra-scolaires, Nous organisons et prenons en charge le Transport des Enfants en taxi aller-retour depuis leur Domicile. Le(s) Enfant(s) sera (seront) obligatoirement accompagné(s) d'un adulte désigné par l'Assuré.

6.1.3.6 Fermeture du Domicile quitté en urgence

Si Vous êtes hospitalisé et que vous avez dû quitter votre Domicile précipitamment, Nous organisons et prenons en charge la venue d'une aide-ménagère afin de fermer le Domicile quitté en urgence (fermeture des accès du Domicile - volets, fenêtres, portes, etc., éteindre les lumières, les appareils électriques en fonctionnement, trier les denrées périssables, étendre le linge resté dans la machine à laver).

Cette prestation s'effectue sous réserve de la mise à disposition des clés, des codes d'accès du Domicile et des conditions d'accessibilité en toute sécurité.

Nous pouvons organiser, à la demande de l'Assuré, et à sa charge, le Transport du prestataire pour aller chercher les clés. **Dans ce cas, le coût de cette intervention est à la charge de l'Assuré.**

Cette prestation peut être fournie du lundi au samedi (hors jours fériés) de 8h à 18h, **minimum de 2h par intervention.**

6.1.3.7 Assistance aux Animaux de compagnie (chien ou chat)

Nous organisons et prenons en charge le Transport aller-retour d'un Proche afin de récupérer l'Animal au Domicile de l'Assuré.

Si aucun Proche n'est en mesure de s'occuper des Animaux de compagnie, Nous organisons et prenons en charge la garde de l'Animal par un prestataire, frais de nourriture compris.

Cette prestation est soumise au respect des conditions de transport, d'accueil et d'hébergement définies par les prestataires et établissements de garde.

Sont exclus :

- **Les chiens de catégories 1 et 2 (article L211-12 du Code rural et de la pêche maritime) ;**
- **Les frais de cage.**

6.1.3.8 Livraison de courses au Domicile

Nous organisons et prenons en charge la livraison de courses à Votre Domicile.

Le prestataire se rend à votre Domicile et prend possession de la liste de courses. Il fait les courses dans un lieu d'achat choisi dans un rayon de 15 kilomètres et livre ou fait livrer les courses à Votre Domicile.

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

6.1.4 Livraison de médicaments

Lorsqu'un médecin vient de vous prescrire en urgence, par ordonnance, des médicaments, si les médicaments sont immédiatement nécessaires, nous allons les chercher dans une officine de pharmacie proche de votre Domicile (ou pharmacie de garde) et nous vous les apportons, sous réserve de leur disponibilité en pharmacie.

Nous prenons en charge le prix de la course dans la limite de **100 € TTC**. **Le prix des médicaments reste à votre charge. Les médicaments doivent avoir été prescrits au maximum 24 heures avant la demande d'assistance.**

6.1.5 Livraison et installation du matériel médical

Lorsque votre médecin traitant vous prescrit du matériel médical, Nous organisons la livraison et l'installation de ce matériel.

Nous prenons en charge ces frais de livraison et installation pour un montant maximum de **100€ TTC**.

Avant toute livraison et mise à disposition de matériel médical, la demande, formulée par téléphone, doit être confirmée par courrier, télécopie ou courrier électronique.

Le coût d'achat ou de la location du matériel médical reste à la charge de l'Assuré.

6.1.6 Assistance aux devoirs

Nous organisons et prenons en charge l'intervention d'un prestataire enseignant pour aider Votre Enfant à faire ses devoirs.

L'assistance aux devoirs est proposée pour l'enseignement primaire et secondaire, via une classe virtuelle sur internet ou par téléphone et/ou par échange de messages électroniques.

Nous prenons en charge jusqu'à 80 appels maximum.

6.1.7 Accompagnement psychologique

Nous organisons et prenons en charge un accompagnement psychologique Vous permettant de contacter par téléphone des psychologues cliniciens.

Une première évaluation par un psychologue clinicien est rendue par téléphone au cours de 3 entretiens maximum. Les psychologues interviennent dans le strict respect du code de déontologie applicable à la profession de psychologue et ne s'autoriseront en aucun cas à débiter une psychothérapie par téléphone.

A l'issue de cette évaluation, si la situation nécessite une prise en charge thérapeutique, le psychologue clinicien Vous oriente pour des consultations en face à face ou par téléphone, près de Votre Domicile, avec un psychologue diplômé d'état. Le choix du praticien Vous appartient.

Nous assurons l'organisation et la prise en charge de ces consultations dans les conditions et limites suivantes :

- **3 (trois) entretiens par téléphone ;**
- et/ou remboursement de **12 (douze) séances maximums de consultation en cabinet (80€ maximum par consultation).**

6.2 Complément pour un Enfant atteint d'une Affection de longue durée : Aide pédagogique de l'Enfant

Si l'Assuré atteint d'une Affection de longue durée est un Enfant et que cette Affection entraîne une absence scolaire, Nous organisons et prenons en charge l'intervention au Domicile d'un prestataire pour assurer une aide pédagogique à l'Enfant.

L'aide pédagogique est proposée pour l'enseignement primaire et secondaire.

Elle est dispensée pendant les jours normalement scolarisés, sauf le samedi, **par tranches de 3 heures de cours au minimum** dans la journée par matière ou par répétiteur scolaire, **maximum 15 heures par semaine.**

Elle cesse dès que l'Enfant a repris les cours normalement ou à la fin de l'année scolaire en cours.

Sous réserve de l'accord exprès de l'établissement de soins, l'aide pédagogique peut également être fournie en cas d'Hospitalisation de l'Enfant du fait de son Affection de longue durée.

Le délai pour la mise en œuvre de cette prestation est de 2 (deux) jours ouvrés minimum à compter de la demande.

6.3 Accompagnement à l'insertion ou la réinsertion dans le monde professionnel

6.3.1 Service d'informations juridiques, administratives et pratiques sur l'emploi et la vie professionnelle

Nous nous efforçons de rechercher les informations et renseignements à caractère documentaire destinés à orienter les démarches de l'Assuré atteint d'une Affection longue durée dans le domaine professionnel.

Il ne peut en aucun cas s'agir de consultations juridiques.

Selon les cas, Nous orienterons l'Assuré vers les organismes ou les professionnels susceptibles de lui répondre.

Nous ne pouvons être tenus pour responsables de l'interprétation, ni de l'utilisation faite par l'Assuré des informations communiquées.

Les thèmes suivants peuvent être adressés pour l'Assuré :

- Démarches à entreprendre en cas de chômage
- Informations sur le marché du travail, les différents secteurs d'activités
- Informations sur le droit du travail, les dispositifs de formations
- Les organismes et adresses utiles à la recherche d'emploi
- Les aides financières possibles selon les besoins et la situation de l'Assuré

6.3.2 Entretien d'orientation

Le service, réalisé par nos conseillères sociales, a pour objectif de vous aider à choisir la prise en charge la mieux adaptée à votre situation et à préparer la mise en place de la prestation :

- Aide au retour à l'emploi

OU

- Accompagnement à la création ou reprise d'entreprise ou à la reconversion professionnelle

6.3.3 Aide au retour à l'emploi

Afin de permettre à l'Assuré de reprendre une activité professionnelle, Nous l'accompagnons dans sa démarche de recherche d'emploi.

Sur simple appel de la part de l'Assuré, un rendez-vous est fixé avec un consultant en ressources humaines, spécialisé dans l'accompagnement individuel. L'objectif est de bâtir un plan d'actions qui sera construit par l'Assuré au cours de trois **(3) entretiens téléphoniques** avec un consultant spécialisé. Le service se déroule en 3 étapes **sans que la durée de la garantie excède douze (12) mois à compter de la demande initiale.**

- 1er entretien téléphonique avec un consultant : Bilan de carrière, analyse du parcours professionnel et projet professionnel (aptitudes, situation et aspirations).
- 2e entretien téléphonique avec un consultant : Outils et techniques de recherche d'emploi, conseils sur la rédaction du CV, lettre de motivation, informations sur les formations possibles.
- 3e entretien téléphonique avec un consultant : Prospection et suivi des entretiens professionnels, bilan des entretiens effectués, conseils pour la poursuite des entretiens.

La présente prestation consiste en un accompagnement, un soutien, une orientation mais ne garantit pas à l'Assuré le retour à l'emploi. Cette assistance ne se substitue pas aux prestations des organismes, institutions, administrations et associations publics, paritaires ou privés.

En aucun cas, elle n'intègre une démarche d'accompagnement administrative pour aider l'Assuré à faire valoir ses droits auprès d'organismes de toute nature.

En outre, Notre responsabilité ne pourra en aucun cas être engagée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou d'une interprétation inexacte, par l'Assuré, du ou des renseignement(s) communiqué(s).

Dans tous les cas, ces informations constituent des renseignements à caractère documentaire.

Il ne peut en aucun cas s'agir de consultations juridiques.

Selon les cas, et pour compléter l'information donnée, EUROP ASSISTANCE pourra orienter l'Assuré vers les organismes professionnels susceptibles de lui répondre.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Accompagnement à la création ou reprise d'entreprise ou à la reconversion professionnelle ».

6.4 Accompagnement à la création ou reprise d'entreprise ou à la reconversion professionnelle

Nous accompagnons l'Assuré dans sa démarche de reprise ou de création d'entreprise.

Sur appel de la part de l'Assuré, un rendez-vous fixé avec un consultant spécialisé pour accompagner l'Assuré dans les démarches à réaliser et les différents aspects d'un projet de création ou de reprise d'entreprise et lui proposer un accompagnement, **maximum de 10 heures d'entretiens à distance** auprès d'un consultant spécialisé.

En aucun cas, Nous ne pouvons Nous substituer à l'Assuré pour créer ou reprendre une entreprise.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Aide au retour à l'emploi ».

6.5 Entretiens de suivi

Si l'Assuré a un besoin de suivi dans son projet de retour à l'emploi ou de reprise ou de création d'entreprise, Nous organisons des entretiens de suivi permettant d'évaluer l'évolution du projet et d'apporter tout complément d'information.

Les entretiens de suivi sont accessibles dans les 12 mois qui suivent la réalisation des prestations « Aide au retour à l'emploi » ou « Accompagnement à la création ou reprise d'entreprise ou à la reconversion professionnelle ».

7. PRESTATIONS D'ASSISTANCE AUX ASSURES AIDANTS

Les prestations suivantes sont proposées aux Assurés en situation d'aidant, c'est-à-dire venant en aide à un membre de leur famille en perte d'autonomie ou handicapé pour les activités de la vie quotidienne. L'aide fournie peut être permanente ou non, être assurée au Domicile de l'Assuré ou au Domicile du membre de la famille. Cette aide est fournie à titre non rémunéré.

Les membres de la famille aidés peuvent être :

- le Conjoint de l'Assuré ;
- l'Enfant de l'Assuré ;
- les parents, beaux-parents ou grands-parents de l'Assuré.

7.1 Bilan aidant

Sur simple appel téléphonique de l'Assuré, nos conseillères sociales réaliseront, par téléphone, un bilan complet de sa situation et de son environnement.

Nos conseillères sociales proposeront une analyse des réponses et la remise d'une restitution écrite en vue d'éclairer l'Assuré sur sa situation d'aidant.

Cette restitution comportera également un plan d'action relatif aux services d'aide à domicile pouvant être mis en œuvre au domicile de son proche aidé. L'Assuré pourra, alors, être mis en relation avec des prestataires de proximité.

Il pourra à tout moment appeler nos conseillères sociales pour obtenir une information supplémentaire sur le bilan ou sur le plan d'actions.

Les éléments découlant de ce bilan constituent des recommandations dont la mise en œuvre relève de la volonté de l'Assuré. Elles ne constituent en aucun cas une contrainte ou une obligation.

Nous recommandons vivement à l'Assuré de considérer ce bilan comme un outil de compréhension et de le partager avec son proche aidé et les équipes médicales et paramédicales impliquées dans son suivi.

7.2 Prévention aidant

7.2.1 Conseil social aidant

Notre service accompagnement social a pour vocation d'apporter, par téléphone, une assistance technique à l'Assuré s'il rencontre des difficultés d'ordre familial, professionnel, administratif ou budgétaire.

Sur appel téléphonique de l'Assuré, le rôle de nos assistantes sociales est de :

- écouter,
- analyser la demande,
- informer, orienter,
- conseiller, faciliter les démarches administratives,
- aider à la résolution des difficultés exposées.

Nous nous engageons à respecter une totale confidentialité des conversations tenues lors de ces prestations d'assistance par téléphone.

Si une réponse ne peut être apportée immédiatement, nous effectuons les recherches nécessaires et rappelons dans les meilleurs délais.

Selon les cas, nous vous orienterons vers les catégories d'organismes ou de professionnels susceptibles de vous répondre.

Nos assistantes sociales peuvent notamment Vous accompagner dans Vos démarches administratives et sociales relatives au statut d'aidant. A ce titre, elles :

- interviennent en soutien et suivi de la personne aidée
- coordonnent et mettent en œuvre les prestations sociales entre les personnes et les organismes sollicités. Cette coordination peut s'inscrire dans la durée (moyen, long terme) si elle concerne des situations sociales complexes.
- accompagnent dans la constitution des dossiers administratifs.

7.2.2 Programme de prévention santé

Le rôle d'aidant pouvant avoir des impacts forts sur la santé, Nous pouvons accompagner l'Assuré dans un programme de prévention santé sur les thématiques suivantes :

- Gestion du stress, de la qualité du sommeil ;
- Conseils en nutrition ;
- Conseils pour le maintien d'une activité physique adaptée.

Ce programme est réalisé par téléphone au cours de **5 entretiens sur une durée de 12 semaines** :

- Bilan initial : le professionnel de santé effectue avec Vous un bilan de votre situation, de votre problématique, de vos besoins et de votre motivation afin de déterminer avec Vous un premier objectif. A l'issue de cet entretien, le professionnel de santé fixe avec Vous le prochain rendez-vous.

- 3 entretiens de suivi : sur rendez-vous, le professionnel de santé vous appelle pour faire avec Vous le bilan des semaines écoulées depuis le précédent entretien. Il Vous aide à identifier les premiers bénéfices ressentis, les difficultés que Vous pouvez rencontrer. Il définit avec Vous l'objectif à atteindre pour le rendez-vous suivant. A l'issue de chaque entretien, le professionnel de santé fixe avec Vous le prochain rendez-vous.

- Entretien de bilan : le professionnel de santé fait avec Vous le point sur l'atteinte de vos objectifs, votre ressenti et votre évolution et Vous indique comment ancrer le changement dans votre quotidien. Il Vous conseille et Vous oriente pour ancrer les bonnes pratiques.

7.2.3 Soutien psychologique

Lorsque l'Assuré est confronté à une situation difficile dans son rôle d'aidant, qui l'affecte psychologiquement et qu'il souhaite être accompagné pour mieux la surmonter, nous mettons à sa disposition un service Ecoute et Accueil Psychologique lui permettant de contacter par téléphone des psychologues cliniciens.

L'entretien téléphonique, mené par un professionnel qui gardera une écoute neutre et attentive, permettra à l'Assuré de se confier et de clarifier la situation à laquelle il est confronté à la suite de cet événement.

Les psychologues interviennent dans le strict respect du code de déontologie applicable à la profession de psychologue, et ne s'autoriseront en aucun cas à débiter une psychothérapie par téléphone.

Nous assurons l'organisation et la prise en charge **d'1 entretien téléphonique par année d'assurance.**

7.2.4 Formation de l'Assuré aidant

A la demande de l'Assuré, nous organisons et prenons en charge l'intervention d'une infirmière ou d'une auxiliaire de vie à hauteur de **2 heures par année d'assurance**, au Domicile de l'Assuré ou du membre de sa famille aidé.

Son intervention consistera à donner des informations et une démonstration des gestes appropriés pour sécuriser sa capacité à prendre en charge le membre de sa famille aidé dans les actes de la vie courante.

7.3 Services d'assistance en cas d'Événement garanti

7.3.1 En cas d'Hospitalisation de l'Assuré

Si Vous faites face à l'un des événements suivants et que Vous êtes dans l'incapacité de Vous occuper du membre de Votre famille aidé :

- Immobilisation d'au moins 5 jours à Domicile
- Ou Hospitalisation imprévue de plus de 24 heures
- Ou Hospitalisation prévue de plus de 5 jours

Nous organisons et prenons en charge la présence d'une aide-ménagère ou d'une aide familiale (travailleuse familiale ou aide-soignante), pour prendre Votre relais, **à hauteur de 20 heures maximum**, auprès du membre de Votre famille aidé.

Le service est accessible du lundi au vendredi (hors jours fériés) entre 8 h 00 et 19 h 00, à raison de **2 heures minimum par intervention.**

La demande doit, sous peine de forclusion, être faite dans les 15 jours suivant le retour au Domicile.

7.3.2 En cas de besoin de répit de l'Assuré Aidant

En cas de besoin de répit, lorsque Vous êtes Aidant d'un membre de votre famille, sur simple demande, Nous recherchons les coordonnées d'établissements médicalisés en capacité d'accueillir le membre de votre famille aidé dans le cadre d'un séjour de courte durée.

Nous pouvons Vous mettre en relation avec des établissements pouvant l'accueillir.

Dans tous les cas, le choix de l'établissement médicalisé Vous revient, ou au membre de Votre famille aidé.

Nous pouvons également organiser son transfert depuis son domicile jusqu'au centre médicalisé de son choix, dans le cadre de son admission.

Les frais de séjour et/ou de transfert restent à la charge de l'Assuré ou du membre de sa famille aidé.

7.3.3 Soutien psychologique en cas de décès du membre de la famille aidé

A la suite du décès d'un membre de Votre famille aidé, dans les 3 mois qui suivent les obsèques, Nous mettons à Votre disposition un service Ecoute et Accueil Psychologique rendu par téléphone par des psychologues cliniciens.

Le ou les entretien(s) téléphonique(s), mené(s) par des professionnels qui garderont une écoute neutre et attentive, Vous permettra(ont) de Vous confier et de clarifier la situation à laquelle Vous êtes confronté à la suite de cet événement.

Les psychologues interviennent dans le strict respect du code de déontologie applicable à la profession de psychologue et ne s'autoriseront en aucun cas à débiter une psychothérapie par téléphone.

Nous assurons l'organisation et la prise en charge de **5 entretiens téléphoniques**.

8. TELECONSULTATION ET TELESOIN

8.1 Généralités

Le service de téléconsultation et de télésoin (ci-après le « **Service de Téléconsultation** ») est une garantie d'assistance qui permet à l'Assuré de bénéficier de consultations médicales à distance, réalisées par des médecins généralistes, ou des sages-femmes ou des dermatologues, d'un télésoin réalisé par des infirmiers, d'un service de deuxième avis médical délivré par des médecins spécialistes, ou d'un échange avec des psychologues (ces professionnels étant désignés indifféremment ci-après, et dans les limites de leurs compétences respectives « **Professionnels de Santé** »).

Il permet en outre à l'Assuré de bénéficier de conseils à distance, en matière de santé et de prévention, réalisés par des infirmiers diplômés d'Etat.

Le Service de Téléconsultation ci-après décrit est disponible 24h/24 et 7j/7, par téléphone au 09 69 39 12 50 (coût d'appel vers un fixe) ou depuis le portail web accessible via l'application CA Ma Santé (ci-après « l'Application »).

- **Le Service de Téléconsultation ne constitue pas un service d'urgence. En cas d'urgence, l'Assuré doit contacter les services de secours compétents.**
- **Le Service de Téléconsultation n'a pas pour objet de remplacer une prise en charge globale et le suivi de l'Assuré par son médecin traitant.**

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant de l'Assuré, le Service de Téléconsultation peut être réalisé en direct ou sur rendez-vous (obligatoirement sur rendez-vous pour les consultations de pédiatrie auprès de médecins généralistes ou auprès des médecins dermatologues), par téléphone ou visioconférence, au choix de l'Assuré.

8.2 Mentions légales

La société **EUROP ASSISTANCE**, société anonyme au capital de 61 712 744 €, entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Paris sous le numéro 451 366 405, sise 2 rue Pillet-Will, 75009 Paris.

Ci-après désignée « Assureur » ou « Europ Assistance ».

8.3 Objet de la garantie

Le Service de Téléconsultation comprend un service de télémedecine au sens des dispositions de l'article L.6316-1 du Code de la santé publique, et un service de télésoin au sens des dispositions de l'article L.6316-2 du Code de la santé publique, qui s'inscrivent dans le respect du parcours de soins et de la législation locale en vigueur.

Ce Service de Téléconsultation est disponible en cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant de l'Assuré. **Le Service de Téléconsultation ne peut en aucun cas remplacer une prise en charge médicale globale, continue et personnalisée auprès du médecin traitant de l'Assuré, ou de tout médecin désigné par l'Assuré.**

Toutes les informations médicales échangées avec les Professionnels de Santé et les autres professionnels dans le cadre du Service de Téléconsultation sont strictement confidentielles et sont soumises au secret médical. En particulier, aucune donnée personnelle ou médicale n'est transmise à l'Assureur.

Les Professionnels de Santé et les autres professionnels intervenant dans le cadre du Service de Téléconsultation sont soumis, le cas échéant, au respect de l'intégralité des règles déontologiques présidant à l'exercice de leur profession telles qu'elles sont définies dans le Code de déontologie qui leur est applicable et interprétées par le Conseil National de l'ordre professionnel dont ils relèvent.

Ce Service de Téléconsultation comprend :

- L'accès à un infirmier ayant pour mission d'orienter l'Assuré vers des professionnels compétents pour échanger et les assister dans l'accès aux soins prioritairement dans le respect de leur parcours de soins ;
- La délivrance d'une information santé / prévention personnalisée sans visée diagnostic, réalisée par un infirmier ;
- L'échange par téléphone ou visioconférence avec un psychologue afin de bénéficier d'une écoute et de conseils ;
- Le télésoin par téléphone ou visioconférence avec un infirmier et l'envoi sécurisé du compte-rendu de l'acte de télésoin ainsi que de la prescription (uniquement par la sage-femme), le cas échéant ;
- La téléconsultation par téléphone, visioconférence ou messagerie sécurisée avec un médecin généraliste, ou une sage-femme ou un dermatologue et l'envoi sécurisé du compte-rendu de l'acte de téléconsultation ainsi que de la prescription, le cas échéant ;

- Le renseignement d'un dossier médical ;
- Le renseignement d'un questionnaire médical spécifique ;
- La délivrance d'une ordonnance de prescription uniquement par le médecin généraliste (dont les consultations en pédiatrie), le dermatologue et la sage-femme, le cas échéant ;
- L'envoi sécurisé du compte-rendu de la téléconsultation au médecin traitant de l'Assuré, sous réserve de son consentement à ce titre, ou sa mise à disposition sur un espace patient en ligne personnel et sécurisé du médecin traitant ;
- L'envoi sécurisé de la prescription à la pharmacie sélectionnée par l'Assuré, sous réserve de la demande expresse de l'Assuré à ce titre ;
- L'accès, via l'Application, au compte rendu ou à la prescription, le cas échéant.

Les Conditions Générales du Service de Téléconsultation et la notice d'information et de consentement de l'Assuré, ainsi que la politique de protection des données à caractère personnel sont disponibles sur le portail web dédié, accessible depuis l'Application. Leur acceptation en ligne dans le respect d'une convention de preuve définie par les Conditions Générales d'Utilisation est une condition d'accès au Service de Téléconsultation.

L'Assuré est informé qu'un hébergeur agréé de données de santé assure un hébergement sécurisé de ses données de santé collectées et traitées dans le cadre du Service de Téléconsultation, conformément aux dispositions de l'article L.1111-8 du Code de la santé publique. A ce titre, l'Assuré bénéficie d'un droit d'opposition à l'hébergement des données à caractère personnel le concernant auprès d'un hébergeur tiers.

8.4 Limites de la garantie :

Ni l'Assureur ni les Professionnels de santé ne sauraient être tenus responsables des interruptions de service et/ou dommages résultant de défaillances ou interruptions des réseaux téléphoniques et/ou informatiques ; de modifications de la situation de l'Assuré et notamment de son état de santé qui ne lui auraient pas été signifiées lors de la téléconsultation ; d'un cas de force majeure ou du fait d'un tiers.

La téléconsultation ou le télésoin peut être refusé(e) par le Professionnel de santé si celui-ci estime, en application de ses obligations professionnelles et déontologiques, que l'assuré n'est pas en mesure d'échanger dans le cadre d'une téléconsultation ou du télésoin, ou qu'un

examen clinique avec présence physique de l'Assuré ou que des examens complémentaires sont nécessaires. Dans ce cas, il dirige l'Assuré vers son médecin traitant ou un établissement de soins proche de son lieu de séjour/domicile et adapte à sa situation. L'Assuré reconnaît et accepte que, dans de telles situations, le professionnel de santé l'informe et lui expose les motifs de l'impossibilité de bénéficier des prestations au titre du service de téléconsultation.

8.5 Exclusions spécifiques du Service de Téléconsultation

Outre les exclusions générales listées à l'article 9.1 ci-après, nous n'intervenons pas au titre des événements listés ci-après, qui sont exclus du service de téléconsultation :

- la médecine d'urgence et les situations d'urgence nécessitant la saisine des services d'urgence ;
- les consultations médicales qui nécessitent la présence physique de l'Assuré ;
- les demandes relatives au suivi d'une maladie chronique connue de l'Assuré ;
- les demandes de second avis médical ;
- les demandes relatives à des nourrissons de moins de 12 mois ;
- les demandes présentant un caractère manifestement abusif, fantaisiste ou frauduleux.
- l'utilisation par l'Assuré du service de téléconsultation dans un cadre ou à des visées professionnelles ;
- une information sur le coût des médicaments prescrits ;
- la prescription de médicaments ou de soins suivants :
 - la prescription de traitement supérieur à 7 jours,
 - la prescription pour un renouvellement de traitement,
 - la prescription de préparations magistrales ou officinales,
 - l'émission de certificats médicaux,
 - la prescription d'arrêt de travail,



- les prescriptions particulières : médicaments soumis à prescription restreinte, médicaments soumis à accord préalable, médicaments d'exception, prescriptions de stupéfiants.

9. EXCLUSIONS

9.1 Exclusions communes à toutes les prestations

Sont exclues les demandes consécutives :

- à une guerre civile ou étrangère, des émeutes, des mouvements populaires, des actes de terrorisme, une catastrophe naturelle ;
- à votre participation volontaire à des émeutes ou grèves, rixes ou voies de fait ;
- à l'usage de médicaments, de drogues, de stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement, et de l'usage abusif d'alcool ;
- à un acte intentionnel de votre part ou d'un acte dolosif, d'une tentative de suicide ou suicide ;
- à un incident survenu au cours d'épreuves, courses, ou compétitions motorisées (ou leurs essais), soumises par la réglementation en vigueur à l'autorisation préalable des pouvoirs publics, lorsque vous y participez en tant que concurrent, ou au cours d'essais sur circuit soumis à homologation préalable des pouvoirs publics, et ce, même si vous utilisez votre propre véhicule ;
- à un sinistre survenu dans l'un des pays exclus de la garantie des présentes conditions d'assistance ou en dehors des dates de validité de garantie.
- Sont également exclus :
 - les demandes qui relèvent de la compétence des organismes locaux de secours d'urgence ou des transports primaires tels que le SAMU, les pompiers, et les frais s'y rapportant ;
 - les frais engagés sans notre accord ;
 - les frais non expressément prévus par les présentes conditions d'assistance ;
 - les frais non justifiés par des documents originaux ;
 - les frais de franchise non rachetable en cas de location de véhicule ;
 - les frais de carburant et de péage ;
 - les frais de douane ;
 - les frais de restauration ;

- les conséquences d'une mise en quarantaine et/ou de mesures de restriction de déplacement décidées par une autorité compétente, qui pourrait affecter l'(les) assuré(s) avant ou pendant son(leur) déplacement ;

- les déplacements vers un pays, une région ou une zone vers lesquels les voyages sont formellement déconseillés par les autorités gouvernementales du pays de domicile de l'assuré à la date de départ.

9.2 Exclusions assistance aux personnes

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

Outre les exclusions communes à toutes les prestations figurant au chapitre 9.1, sont exclus :

- les conséquences de l'exposition à des agents biologiques infectants, à des agents chimiques type gaz de combat, à des agents incapacitants, à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents,
- les maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation continue, d'une hospitalisation de jour ou d'une hospitalisation ambulatoire dans les 6 mois précédant toute demande, qu'il s'agisse de la manifestation ou de l'aggravation dudit état,
- les hospitalisations dans les centres de réadaptation fonctionnelle, maisons de convalescence ou établissements psychiatriques,
- les hospitalisations à domicile,
- les hospitalisations chirurgicales à but esthétique, leurs conséquences et les frais en découlant,
- l'organisation et la prise en charge du transport vise au chapitre « transport / rapatriement » pour des affections bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui ne vous empêchent pas de poursuivre votre déplacement ou votre séjour,
- les demandes d'assistance se rapportant à la procréation médicalement assistée et ses conséquences ou à l'interruption volontaire de grossesse et ses conséquences,
- les demandes relatives à la procréation ou la gestation pour le compte d'autrui, et ses conséquences,
- les appareillages médicaux et les prothèses (dentaires, auditives, médicales),
- les soins dentaires non urgents, leurs conséquences et frais en découlant
- les cures thermales et les frais en découlant,

- les frais médicaux engagés dans votre pays de domicile,
- les hospitalisations prévues, leurs conséquences et les frais en découlant,
- les frais d'optique (lunettes et verres de contact par exemple),
- les vaccins et frais de vaccination,
- les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant, et leurs conséquences,
- les interventions à caractère esthétique, les frais en découlant ainsi que leurs conséquences,
- les séjours dans une maison de repos et les frais en découlant,
- les rééducations, kinésithérapies, chiropraxies, ostéopathies, les frais en découlant, et leurs conséquences,
- les services médicaux ou paramédicaux et l'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française, et les frais s'y rapportant,
- les bilans de santé concernant un dépistage à titre de prévention, les traitements ou analyses réguliers, et les frais y afférents,
- les recherches et secours de personne en montagne, en mer ou dans le désert,
- les frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un transport par avion et les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent être transportés avec vous,
- les frais d'annulation de voyage.

9.3 Exclusions spécifiques aux Affections de longue durée

Outre les exclusions communes à toutes les prestations figurant au chapitre 9.1, sont spécifiquement exclues :

- les maladies diagnostiquées /avérées/constituées ou en cours de traitement ne faisant pas l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale, antérieures ou postérieures à la date d'effet des présentes conditions.

Ne s'appliquent pas aux affections de longue durée les exclusions relatives aux conséquences :

- de maladies et accidents antérieurs à la date d'effet du contrat,
- de maladies antérieurement diagnostiquées/avérées / constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat.

9.4 Limitations de responsabilité en cas de force majeure ou autres événements assimilés

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

Nous ne pouvons être tenus pour responsables des manquements, ni des retards dans l'exécution des prestations résultant de cas de force majeure ou d'événements tels que :

- Guerres civiles ou étrangères, instabilité politique notoire, mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles,
- Recommandations de l'O.M.S. ou des autorités nationales ou internationales ou restriction à la libre circulation des personnes et des biens, et ce quel qu'en soit le motif notamment sanitaire, de sécurité, météorologique, limitation ou interdiction de trafic aéronautique,
- Grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique, ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité,
- Délais et/ou impossibilité à obtenir les documents administratifs tels que visas d'entrée et de sortie, passeport, etc. Nécessaires à votre transport à l'intérieur ou hors du pays ou vous vous trouvez ou à votre entrée dans le pays préconisée par nos médecins pour y être hospitalisé(e),
- Recours à des services publics locaux ou à des intervenants auxquels nous avons l'obligation de recourir en vertu de la réglementation locale et/ou internationale,
- Inexistence ou indisponibilité de moyens techniques ou humains adaptés au transport (y compris refus d'intervention),

- Refus du transporteur de personnes (dont notamment les compagnies aériennes) oppose à une personne atteinte de certaines pathologies ou à une femme enceinte.

10. CADRE DU CONTRAT

10.1 Subrogation

Après avoir engagé des frais dans le cadre des prestations d'assistance, Europ Assistance est subrogée dans les droits et actions que Vous ou vos Bénéficiaires pouvez avoir contre les tiers responsables du sinistre, comme le prévoit l'article L 121-12 du Code des assurances. Cette subrogation est limitée au montant des frais qu'Europ Assistance a engagés en exécution de la garantie Assistance.

10.2 Prescription

La prescription est le délai à l'expiration duquel une action ne peut plus être entreprise, pour tous litiges survenus entre l'Assuré et EUROP ASSISTANCE, à la suite notamment d'un événement couvert.

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. 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. »

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. »

Conformément à l'article L114-2 du Code des assurances :

« 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. »

Conformément à l'article L114-3 du Code des assurances :

« 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. »

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont définies aux articles 2240 à 2246 du Code civil : la reconnaissance par le débiteur du droit 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), reproduits ci-après :

Article 2240 du Code civil : « La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription ».

Article 2241 du Code civil : « 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 du Code civil : « L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance ».

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

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

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

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

10.3 Fausses déclarations

Lorsqu'elles changent l'objet du risque ou en diminuent notre opinion toute réticence ou déclaration intentionnellement fausse de votre part entraîne la nullité du contrat. Les primes payées nous demeurent acquises et nous serons en droit d'exiger le paiement des primes échues (article L.113-8 du Code des assurances).

Toute omission ou déclaration inexacte de votre part dont la mauvaise foi n'est pas établie entraîne la résiliation du contrat 10 jours après la notification qui Vous sera adressée par lettre recommandée et/ou l'application de la réduction des indemnités (article L 113-9 du Code des assurances).

10.4 Déchéance pour déclaration frauduleuse

En cas de sinistre ou demande d'intervention au titre des prestations d'assistance, si sciemment, Vous ou vos Bénéficiaires utilisez comme justificatifs, des documents inexacts ou usez de moyens frauduleux ou faites des déclarations inexacts ou réticentes, Vous ou vos Bénéficiaires serez déchu(s) de tout droit aux prestations d'assistance, prévues dans la présente Garantie Assistance, pour lesquelles ces déclarations sont requises.

10.5 Réclamations – Litiges

En cas de mécontentement du Bénéficiaire dans la gestion de son sinistre, ce dernier est invité à adresser sa réclamation par écrit ou courriel à l'adresse suivante:

EUROP ASSISTANCE
Service Réclamations Clients
23, avenue des Fruitiers
CS 20021 – 93212 SAINT-DENIS CEDEX
service.qualite@europ-assistance.fr

Une réponse lui sera fournie dans les meilleurs délais, et au plus tard dans les 2 mois suivant la date d'envoi de la première manifestation écrite de son mécontentement. Si le délai de traitement doit excéder le délai de dix jours ouvrables, une lettre d'attente lui sera adressée dans ce délai.

En tout état de cause, le Bénéficiaire peut saisir le Médiateur de l'Assurance par courrier ou courriel à l'adresse indiquée ci-dessous, dans un délai de deux mois après l'envoi de sa première réclamation écrite, qu'il y ait été répondu ou non :

La Médiation de l'Assurance

TSA 50110

75441 PARIS CEDEX 09

<http://www.mediation-assurance.org/>

Le Médiateur de l'assurance est la personne qui intervient dans le cadre du traitement des litiges existant entre les assureurs et leurs clients.

Le Bénéficiaire reste libre de saisir, à tout moment, la juridiction compétente.

Si Vous avez souscrit votre contrat par le biais d'un intermédiaire et que votre demande relève de son devoir de conseil et d'information ou concerne les conditions de commercialisation de votre contrat, votre réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire.

10.6 Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle est **[l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – ACPR – 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09.](#)**

10.7 Protection des données à caractère personnel

Europ Assistance, entreprise régie par le Code des assurances, ayant son siège social au 2 rue Pillet-Will, 75009 PARIS, (ci-après désignée « Europ Assistance ») traite des informations et en particulier des données à caractère personnel, dans le respect de la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et du Règlement général sur la protection des données du 27 avril 2016.

Europ Assistance agit à ce titre en qualité de responsable du traitement.

Les traitements des données à caractère personnel des Bénéficiaires ainsi que de toute autre personne susceptible de rentrer en contact avec Europ Assistance (désignées ci-après conjointement « les personnes concernées ») reposent sur les bases légales et finalités suivantes :

- l'exécution du Contrat d'assistance pour :
 - la souscription, gestion et exécution du contrat ;



VOS GARANTIES ASSISTANCE

- examiner, accepter, contrôler et surveiller le risque ;
 - la gestion des demandes d'assistance ;
 - la gestion des réclamations et des contentieux potentiels.
- le respect des obligations légales qui s'imposent à Europ Assistance notamment en application du Code des assurances ou du Code monétaire et financier pour :
 - la mise en œuvre des obligations de vigilance dans le cadre de la lutte contre le blanchiment d'argent, les mesures de gel des avoirs, la lutte contre le financement du terrorisme et les sanctions financières, y compris le déclenchement d'alertes et les déclarations de suspicion ;
 - la réalisation de déclarations obligatoires auprès des autorités et administrations publiques ;
 - la réponse aux demandes de tiers autorisés notamment en cas de réquisitions judiciaires légalement formées ou de demandes de communication ;
 - la réponse aux demandes d'exercice des droits des personnes concernées ;
 - la mise en œuvre de dispositions légales.
 - l'intérêt légitime d'Europ Assistance pour :
 - organiser des enquêtes de satisfaction auprès des Bénéficiaires/Assurés ayant bénéficié des services d'assistance et/ou d'assurance ;
 - organiser des campagnes de prospection commerciale ;
 - élaborer des statistiques commerciales et des études actuarielles ;
 - mettre en œuvre des mesures visées à la lutte contre la fraude à l'assurance ;
 - gérer l'enregistrement des conversations téléphoniques avec les salariés d'Europ Assistance ou ceux de ses sous-traitants aux fins de former et évaluer les salariés et améliorer la qualité du service ainsi que pour gérer des contentieux potentiels.
 - l'éventuel consentement qui sera recueilli pour :
 - la gestion des demandes d'assistance nécessitant le traitement de données sensibles ;
 - le transfert des données à caractère personnel en dehors de l'Union Européenne en l'absence de décision

d'adéquation ou de clauses contractuelles types.

À tout moment le consentement peut être retiré librement.

Les catégories de données suivantes sont concernées :

- données d'identification (notamment : nom, prénoms, sexe, date de naissance, numéro de téléphone, courrier électronique) et à la vie personnelle (notamment : situation familiale, nombre des enfants) ;
- données nécessaires à l'appréciation du risque ;
- données bancaires ;
- données nécessaires à la détermination des prestations ;
- données de localisation ;
- données de santé et numéro de Sécurité sociale (NIR).

La collecte des données est obligatoire, en leur absence, la gestion des demandes d'assistance des personnes concernées sera plus difficile voire impossible à gérer.

Les personnes concernées sont informées que leurs données à caractère personnel sont destinées à Europ Assistance, aux sous-traitants, aux filiales et aux mandataires d'Europ Assistance. En vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires, Europ Assistance peut également être amenée à communiquer des informations aux autorités administratives ou judiciaires légalement habilitées.

Les données à caractère personnel des personnes concernées sont conservées pendant une durée strictement nécessaire.

Elles sont par exemples conservées :

- 6 mois à partir de la réception de l'appel pour les enregistrements téléphoniques ;
- 5 ans à compter de la cessation du contrat pour les données nécessaires à la gestion du Contrat d'assistance et si un sinistre s'est produit :
 - 2 ans à compter de la date de clôture du sinistre pour les dossiers d'assistance hors cadre médical ;
 - 10 ans à compter de la date du sinistre pour les dossiers avec des dommages corporels (assistance médicale) ou un décès ;
- 5 ans à compter de la clôture des comptes ou de la cessation de la relation ou de l'exécution des opérations pour les documents relatifs aux opérations de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme.

Ces durées peuvent être prolongées en raison de nos obligations de conservation en matière fiscale ou en cas de contentieux.

Les personnes concernées sont informées que leurs données à caractère personnel peuvent être communiquées à des destinataires, situés dans des pays tiers non-membres de l'Union européenne pour la gestion des demandes d'assistance. Les transferts de données à destination de ces pays tiers sont soit encadrés par une décision d'adéquation, soit encadrés par une convention de flux transfrontaliers établie conformément aux clauses contractuelles types émises par la Commission européenne et actuellement en vigueur.

Les personnes concernées disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité de ses données, ainsi que d'un droit de limitation du traitement. Elles disposent en outre d'un droit d'opposition. Les personnes concernées ont le droit de retirer leur consentement à tout moment, sans porter atteinte à la licéité du traitement fondé sur le consentement avant le retrait de celui-ci. Par ailleurs, elles disposent d'un droit de formuler des directives spécifiques et générales concernant la conservation, l'effacement et la communication de ses données post-mortem.

L'exercice des droits des personnes concernées s'effectue, auprès du Délégué à la protection des données, par écrit, à l'une ou l'autre des adresses suivantes :

- soit par voie électronique : protectiondesdonnees@europ-assistance.fr ;
- soit par voie postale : EUROP ASSISTANCE - À l'attention du Délégué à la protection des données - 23 avenue des Fruitières – CS 20021 - 93212 Saint-Denis cedex.

Enfin, les personnes concernées sont informées qu'elles ont le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés en ligne ou par courrier postal à l'adresse :

CNIL
Service des plaintes
3 Place de Fontenoy
TSA80715
75334 PARIS CEDEX 07.

10.8 Droit d'opposition des consommateurs au démarchage téléphonique

Europ Assistance Vous informe, conformément à la Loi 2014-344 du 17 mars 2014, que si Vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel Vous n'avez pas de relation contractuelle préexistante, Vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique par internet :

www.bloctel.gouv.fr

L'inscription sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique, n'interdit pas à Europ Assistance de Vous contacter, directement, ou par l'intermédiaire d'un tiers agissant pour son compte, concernant le contrat d'assurance souscrit.



11. TABLEAU DES MONTANTS ET DES GARANTIES

Garanties	Plafonds	Franchise
En cas d'Accident ou de Maladie à Domicile		
Aide à la recherche d'un médecin		
Livraison de médicaments	Frais de livraison	-
Aide à la recherche d'une infirmière	-	-
Aide en cas d'Immobilisation au Domicile	Coût de l'organisation	-
Veille des Ascendants à charge	20 heures maximum	-
En cas de d'Accident ou de Maladie lors d'un Déplacement		
Transport sanitaire	Frais réels	50 km du Domicile
Frais de secours sur piste de ski	460 € TTC	-
Prolongation de séjour à l'hôtel (hors frais de restauration)	80 € TTC/pers./nuit Maximum 10 nuits	50 km du Domicile
Envoi de médicaments à l'Etranger	Frais réels de l'envoi	Uniquement à l'Etranger
En cas d'Hospitalisation ambulatoire avec Immobilisation de 5 jours minimum		
Enveloppe de services d'aide à Domicile	100 € TTC Maximum	1 événement/an
Enveloppe de Transports et autres services	50 € TTC Maximum	1 événement/an
En cas d'Hospitalisation de plus de 24 heures (avec une nuitée minimum) entraînant une Immobilisation de 5 jours consécutifs		
Transport à l'hôpital et	Dans un rayon de 50kms du Domicile	Au moins 24 heures d'hospitalisation

retour au Domicile		on (avec nuitée(s)) entraînant 5 jours d'Immobilisation consécutifs minimum
Aide-ménagère	9 heures maximum	
Garde des Enfants et petits-enfants	24 heures maximum	
Conduite des Enfants à l'école (aide familiale)	5 jours maximum	
Conduite en taxi des Enfants à leurs activités extra-scolaires	77 € TTC	
Accompagnement des Enfants chez un Proche ou Présence d'un Proche au Domicile	Frais de voyage aller-retour en train 1 ^{re} classe ou avion classe économique	
Garde à Domicile des Ascendants dépendants à charge	5 jours maximum	
Présence d'un Proche à votre chevet	Frais de voyage aller-retour en train 1 ^{re} classe ou avion classe économique Hôtel : 80 € TTC, 2 nuits maximum	
Transport et garde des animaux de compagnie	Garde : 230€ TTC Transport : dans un rayon de 100kms	5 jours maximum
Aide dans la vie quotidienne : garde des Enfants habituellement gardés par un ascendant	5 jours maximum	
Assistance en cas d'Affection Longue Durée		
Evaluation des besoins et recommandations	Illimité	Prestation rendue par téléphone exclusivement



VOS GARANTIES ASSISTANCE

Enveloppe de services d'aide à Domicile	1 500 € TTC Limité à 9 heures maximum par année d'assurance sur les prestations d'Aide-ménagère 1 fois par Assuré éligible et par période annuelle de garantie	Immobilisation d'au moins 5 jours à Domicile Ou Hospitalisation de plus de 24 heures ayant entraînée une immobilisation de 5 jours consécutifs minimum en lien avec l'Affection de longue durée
Enveloppe de Transports et autres services	1 500 € TTC 1 fois par Assuré éligible et par période annuelle de garantie	Immobilisation d'au moins 5 jours à Domicile Ou Hospitalisation de plus de 24 heures ayant entraînée une immobilisation de 5 jours consécutifs minimum en lien avec l'Affection de longue durée
Livraison de médicaments	100 € TTC	1 fois par période annuelle de garantie
Livraison et installation de matériel médical	100 € TTC	1 fois par période annuelle de garantie
Assistance aux devoirs	80 appels maximum	Par période annuelle de garantie Prestation rendue par téléphone
Accompagnement psychologique	3 entretiens par téléphone et/ou prise en charge de 12 séances	

	maximum en cabinet	
Complément pour un Enfant atteint d'une Affection de longue durée		
Aide pédagogique de l'Enfant	15 heures maximum par semaine	Absence scolaire supérieure à 2 semaines calendaires consécutives Prestation proposée jusqu'à la reprise des cours ou au maximum à la fin de l'année scolaire en cours.
Accompagnement à l'insertion ou la réinsertion dans le monde professionnel		
Service d'informations juridiques, administratives et pratiques sur l'emploi et la vie professionnelle	Illimité	Prestation rendue par téléphone exclusivement
Entretien d'orientation		Prestation rendue par téléphone exclusivement
Aide au retour à l'emploi	Programme d'accompagnement en 3 entretiens	Prestation rendue par téléphone exclusivement Durée maximum de 12 mois
Accompagnement à la création ou reprise d'entreprise ou à la reconversion professionnelle	10 heures maximum d'entretien	Prestation rendue par téléphone exclusivement
Entretiens de suivi		Durée maximum de 12 mois



Accompagnement des Assurés aidants		
Bilan aidant		Prestation rendue par téléphone exclusivement
Conseil social aidant		Prestation rendue par téléphone exclusivement
Programme de prévention santé	Programme d'accompagnement en 5 entretiens sur 12 semaines	Prestation rendue par téléphone exclusivement
Soutien psychologique	1 entretien	Par période annuelle de garantie Prestation rendue par téléphone exclusivement
Formation de l'Assuré aidant	2 heures maximum	Par période annuelle de garantie
Assistance en cas d'Hospitalisation de l'Assuré : aide-ménagère ou aide familiale auprès du membre de Votre famille aidé	20 heures maximum	Immobilisation d'au moins 5 jours à Domicile Ou Hospitalisation imprévue de plus de 24 heures Ou Hospitalisation prévue de plus de 5 jours
Besoin de répit	Coût de l'organisation	-
Soutien psychologique en cas de décès du membre de la famille aidé	5 entretiens	Prestation rendue par téléphone exclusivement
Téléconsultation		
Téléconseil auprès d'un	Illimité	Par téléphone ou

infirmier diplômé d'Etat

Téléconsultation auprès d'un médecin généraliste ou dermatologue

visioconférence

