

Une mutuelle pour tous,
adaptée aux besoins de chacun



***NOTICE DU CONTRAT COLLECTIF
À ADHESION FACULTATIVE
Néo Entreprises***

**Cette notice d'information est destinée aux participants au contrat santé Néo Entreprises.
Elle définit les conditions d'affiliation, les cotisations et prestations en vigueur.**

INFORMATIQUE ET LIBERTES :

Les informations recueillies par CNM Prévoyance santé, responsable du traitement, ont un caractère obligatoire et sont exclusivement utilisées dans le cadre de la conclusion du contrat, de sa gestion (y compris commerciale) et de l'exécution des obligations de la Mutuelle conformément à son objet. Leur non-transmission rendra donc impossible l'exécution du contrat par la mutuelle.

Ces informations peuvent être communiquées aux autres organismes assureurs auprès desquels vous bénéficiez de garanties ainsi qu'aux délégataires de gestion, distributeurs d'assurances, intermédiaires d'assurances, opérateurs de tiers-payant, partenaires, prestataires, réassureurs et aux organismes gestionnaires du régime obligatoire dans le cadre des procédures de télétransmission. Elles sont conservées par la CNM Prévoyance Santé pendant une durée correspondant à la durée du contrat augmentée de la durée de la prescription.

Vous avez donné votre consentement au traitement de vos données à caractère personnel, y compris celles concernant votre santé. Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment sans que ce retrait ne compromette la licéité du traitement effectué avant ce retrait.

Vous disposez du droit de demander à la mutuelle l'accès à vos données à caractère personnel, leur rectification, leur effacement, la limitation de leur traitement. Vous disposez également d'un droit d'opposition au traitement de ces données et d'un droit à leur portabilité. Ces droits peuvent être exercés auprès du délégué à la protection des données de la mutuelle dont les coordonnées sont les suivantes : délégué à la protection des données - C.N.M PREVOYANCE SANTE – 93 A, rue Oberkampf – 75553 PARIS CEDEX 11 – tel : 01 44 62 33 40 – cnm.dpo@cnmsante.fr.

Lorsque l'exercice du droit d'accès s'applique à des données de santé à caractère personnel, celles-ci peuvent vous être communiquées soit directement soit par l'intermédiaire d'un médecin que vous désignerez à cet effet dans le respect des dispositions de l'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique.

Vous pouvez introduire une réclamation auprès de la commission nationale de l'informatique et des libertés dont les coordonnées sont les suivantes : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07. Tél : 01 53 73 22 22.

Vous pouvez définir des directives générales ou particulières relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Ces directives définissent la manière dont vous entendez que soient exercés, après votre décès, les droits rappelés ci-dessus.

DEMARCHAGE TELEPHONIQUE :

La CNM recueille votre numéro de téléphone pour la gestion de votre adhésion.

Vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site www.bloctel.gouv.fr afin de ne pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique.

TITRE I

CONDITIONS GENERALES

Le présent contrat a pour objet la mise en place au bénéfice des salariés du souscripteur d'une couverture collective et facultative « remboursement des frais de soins de santé » qui vient en complément du contrat « Socle de base »

1. ASSUREUR DU CONTRAT

CNM Prévoyance Santé est l'assureur des garanties FRAIS DE SANTÉ souscrites par votre employeur.

CNM Prévoyance Santé est une mutuelle régie par les dispositions du livre II du code de la Mutualité dont le siège social 93A rue Oberkampf 75553 Paris cedex 11, inscrite au répertoire SIRENE sous le n° 784 492 100.

CNM Prévoyance Santé est soumise au contrôle et à la surveillance de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR - 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09).

Le Contrat est régi par le Code de la mutualité, les lois et règlements en vigueur. La langue utilisée dans le cadre des relations contractuelles est le français.

Votre entreprise en qualité de souscripteur et tous les bénéficiaires du présent contrat sont soumis aux dispositions des statuts de CNM Prévoyance Santé.

À ce titre, votre entreprise est membre honoraire de CNM Prévoyance Santé et les salariés adhérant au présent contrat sont membres participants de CNM Prévoyance Santé.

2. BENEFICIAIRES

L'ensemble des salariés, quelle que soit la nature du contrat de travail (incluant les mandataires sociaux assimilés aux salariés en vertu de l'article L.311-3 du Code de la Sécurité sociale) et leurs ayants droit tels que définis ci-dessous bénéficient de la couverture:

- son époux ou épouse,
- son concubin ou concubine,
- son partenaire avec le ou laquelle il a signé un PACS,
- ses enfants âgés de moins de 18 ans,
- ses enfants âgés de 18 à moins de 28 ans :
 - s'ils sont en contrat d'apprentissage,
 - s'ils sont à la recherche d'un premier emploi,
 - s'ils poursuivent leurs études,
- ses ascendants à charge fiscale,
- ses enfants quel que soit leur âge s'ils perçoivent une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés,
- toute personne figurant sur son attestation de droits à la Sécurité Sociale.

L'adhésion des ayants droit est obligatoire dès lors qu'ils sont affiliés au contrat Socle de base (cf : CONDITIONS

PARTICULIERES)

Vos garanties cessent :

- à la date d'effet de la résiliation du contrat souscrit par votre employeur auprès de CNM Prévoyance Santé,
- au dernier jour du mois de la cessation de votre contrat de travail.

2.1 / CAS DES SALARIES DONT LE CONTRAT DE TRAVAIL EST SUSPENDU :

Si votre contrat de travail est suspendu pour cause de maternité, maladie ou accident (professionnel ou non professionnel) ou pour toute autre cause ouvrant droit, soit à maintien (total ou partiel) de salaire, soit à indemnités journalières complémentaires (financées en tout partie par l'employeur), vous bénéficiez du maintien intégral de vos garanties.

Dans ce cas, votre quote-part de cotisation continue d'être précomptée sur la rémunération maintenue ou l'indemnisation, et l'entreprise maintient sa contribution.

Les garanties sont également maintenues au profit des salariés et de leurs ayants droit pour la période au titre de laquelle ils bénéficient d'un revenu de remplacement versé par l'employeur.

Ce cas concerne notamment les salariés placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité...).

Dans les autres cas de suspension de contrat de travail (notamment congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise) n'ouvrant pas ou plus droit à maintien de salaire ou indemnisation, la suspension du contrat de travail emporte suspension des garanties et de l'obligation de cotiser.

Dans ce cas, le salarié peut continuer à bénéficier des garanties du régime, sous réserve du versement des cotisations correspondantes. À cet effet, il peut demander à CNM Prévoyance Santé le maintien à titre individuel et temporaire de ses garanties, le financement restant alors à sa charge exclusive et lui étant appelé directement.

2.2 / CAS DES ANCIENS SALARIES :

2.2.1 / ANCIENS SALARIES PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE CHOMAGE (LA PORTABILITE)

La rupture du contrat de travail quelle qu'en soit la cause ou le motif met en principe fin aux garanties ainsi qu'au versement des cotisations dans le cadre du contrat collectif.

Toutefois, un maintien temporaire de la couverture est ouvert dans les conditions prévues par les dispositions de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale sur la portabilité des garanties de prévoyance pour les chômeurs.

Bénéficiaires du maintien

Vous bénéficiez du maintien à titre gratuit de la couverture en cas de cessation de votre contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Le maintien de la couverture n'est pas accordé :

- en cas de licenciement pour faute lourde,
- en l'absence de prise en charge par le régime d'assurance chômage,
- si vous n'aviez pas de droits à couverture complémentaire ouverts au jour de la rupture de votre contrat de travail.

Le maintien de la couverture s'applique à l'ensemble de vos ayants droit dans les conditions et termes des garanties maintenues, si ces derniers étaient couverts au titre du contrat initial lors de la cessation du contrat de travail.

Prise d'effet et durée du maintien

La couverture est maintenue à compter de la date de cessation du contrat de travail.

La durée de maintien de la couverture, dite « de portabilité », est égale à la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs dans l'entreprise, telle que déclarée par votre employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.

Garanties

Les garanties qui vous sont maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise pendant la période de maintien de la couverture. Par conséquent, toute évolution de la couverture en vigueur dans l'entreprise vous est applicable.

Cessation du maintien des garanties

Les garanties cessent :

- au terme de la durée maximale de maintien ;
- à la date de cessation de versement des allocations chômage ;
- à la date de résiliation du contrat souscrit par votre employeur auprès de CNM Prévoyance Santé.

Vous pouvez demander, dans les six mois qui suivent l'expiration de ce maintien, à bénéficier des possibilités qui vous sont offertes par l'article 4 de la Loi Évin du 31 décembre 1989.

Modalités d'information de l'Assureur – Justificatifs à fournir

Dès la rupture du contrat de travail ouvrant droit à maintien des garanties, votre employeur transmet à la CNM, la demande de maintien des garanties Frais Médicaux que vous aurez remplie.

Vous devez impérativement adresser à la CNM les justificatifs de votre prise en charge par le régime d'assurance chômage :

- au plus tôt lors de la cessation de votre contrat de travail,
- puis avant le 5 de chaque mois.

Le service des prestations est subordonné à la justification de votre prise en charge par le régime d'assurance chômage.

2.2.2/ AUTRES ANCIENS SALARIES (ARTICLE 4 DE LA LOI EVIN DU 31 DECEMBRE 1989)

Indépendamment du dispositif de portabilité, les anciens salariés 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 ont également la possibilité de demander à la CNM de souscrire un contrat proposant des prestations identiques à celles du contrat collectif dont ils bénéficiaient au moment de la rupture de leur contrat de travail aux conditions tarifaires prévues par la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, mais sans maintien de participation patronale.

Si vous êtes dans cette situation, vous devez en faire la demande dans les six mois qui suivent la rupture de votre contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle vous bénéficiez à titre temporaire du maintien des garanties.

Si vous décédez, vos ayants droit peuvent également demander à la CNM à conserver une couverture identique dans un délai de six mois suivant votre décès.

Dans ce cas, une couverture individuelle dont les garanties sont identiques à celles prévues par le présent contrat collectif est mise en place pour une période de douze mois à compter du décès.

La garantie prend effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

3. RESILIATION DU CONTRAT PAR VOTRE EMPLOYEUR

La résiliation du contrat entraîne la fin des garanties. Toutefois, vous pouvez continuer à adhérer à CNM Prévoyance Santé dans le cadre d'une adhésion individuelle à condition d'en faire la demande avant la fin du délai de préavis. Les conditions tarifaires applicables sont celles prévues à la date de la demande par CNM Prévoyance Santé pour les adhésions individuelles.

4. PRESCRIPTION

Conformément à l'article L.221-11 du code de la mutualité, le délai de prescription pour toute action dérivant du présent règlement est de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1. En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, de votre fait, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;
2. En cas de réalisation du risque, que du jour où vous en avez eu connaissance, si vous prouvez que vous l'avez ignoré jusque-là.

Quand votre action ou celle de votre ayant droit contre CNM Prévoyance Santé a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre vous ou votre ayant droit, ou a été indemnisé par vous ou votre ayant droit.

La prescription est interrompue soit par la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, soit par la demande en justice, même en référé, non suivie d'un désistement, d'une péremption d'instance ou d'un rejet des demandes aux termes d'une décision de justice définitive, soit par une mesure conservatoire ou un acte d'exécution forcée ainsi que par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, vous étant adressé par CNM Prévoyance Santé en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation ou adressé par vous ou votre ayant droit à CNM Prévoyance Santé en ce qui concerne le règlement de la prestation.

5. RECLAMATIONS

Une Cellule Qualité de Service est en charge au sein de CNM Prévoyance Santé du traitement des réclamations. Pour formuler une réclamation vous disposez de 3 possibilités :

- Adresser un courrier à CNM Prévoyance Santé - Service Réclamation - 93A rue Oberkampf - 75553 PARIS Cedex 11
- Adresser un mail à contact@cnmsante.fr / Objet : Réclamation ou compléter le formulaire disponible dans l'espace personnel
- Téléphoner au Service Accueil au 01 44 62 33 40 (numéro non surtaxé, coût d'une communication téléphonique depuis un poste fixe). Dans ce cas, le réclamant est invité à formaliser sa réclamation par mail ou courrier s'il ne peut lui être donné immédiatement entière satisfaction.

Pour pouvoir être prise en compte, la réclamation doit préciser le motif de votre réclamation et intégrer si nécessaire tout document permettant de mieux comprendre le motif de votre réclamation.

La mutuelle accuse réception de la réclamation dans un délai maximum de 10 jours ouvrables à compter de la demande. Dans ce courrier, la mutuelle explique comment accéder à la page internet dédiée au traitement des réclamations et rappelle la possibilité de saisir le médiateur et les modalités pratiques de sa saisine. Cet accusé de réception n'est toutefois pas envoyé lorsque la mutuelle répond par écrit à la demande dans ce délai.

La mutuelle s'engage à apporter une réponse à une réclamation dans un délai maximum de deux mois à compter de la demande.

La mutuelle enregistre les réclamations écrites, les réponses apportées et suit leur traitement.

6. MEDIATION

Si vous avez tenté de résoudre le litige par une réclamation écrite dans les conditions ci-dessus, vous pouvez recourir gratuitement à un médiateur de la consommation en vue de la résolution amiable du litige.

Les coordonnées du médiateur de la consommation dont relève la CNM sont les suivantes :

FNIM – Service du Médiateur – 4 avenue de l'Opéra – 75001 PARIS

Mail : mediateur@fnim.fr

Site internet : <https://www.fnim.fr/Saisir-le-Mediateur.html>

La demande doit être portée auprès du médiateur **dans un délai qui ne peut être supérieur à un an à compter de la réclamation écrite préalablement adressée à la CNM.**

La demande ne peut être examinée par le médiateur de la consommation si elle est manifestement infondée ou abusive, si le litige a été précédemment examiné ou est en cours d'examen par un autre médiateur ou par un tribunal ou si le litige n'entre pas dans son champ de compétence. Dans ce cas, vous êtes informé par le médiateur, dans un délai de trois semaines à compter de la réception de son dossier, du rejet de la demande de médiation.

Chaque partie a la faculté, à sa charge, de se faire représenter par un avocat ou de se faire assister par toute personne de son choix à tous les stades de la médiation.

Chaque partie peut également solliciter l'avis d'un expert, dont les frais sont à sa charge.

En cas de demande conjointe d'expertise, les frais sont partagés entre les parties.

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur déclare que la médiation est terminée.

7. JURIDICTION COMPETENTE

Les différends sont soumis aux tribunaux civils français territorialement compétents.

8. SUBROGATION

Si vous êtes victime d'un accident, la Mutuelle est subrogée de plein droit dans votre action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans les limites des dépenses que la Mutuelle a exposées à due concurrence de la part d'indemnités mises à la charge du tiers qui répare l'atteinte à votre intégrité physique.

9. PRESTATIONS

Sur <https://entreprises.cnmsante.fr/espace-telechargement>, vous trouverez différentes informations pour comprendre vos garanties et vos prestations.

Il vous sera remis lors de votre adhésion des informations sur le fonctionnement de l'assurance maladie, le parcours de soins coordonnés, les relevés de prestations, la télétransmission ainsi qu'un lexique des termes utilisés.

DROIT AUX PRESTATIONS DE CNM PREVOYANCE SANTE

Le droit aux prestations s'exerce pour les frais engagés à compter de la date de la prise d'effet du contrat.

CNM Prévoyance Santé ne prend pas en charge :

- la participation forfaitaire de 1 € ;
- la majoration du ticket modérateur ainsi que les dépassements d'honoraires autorisés en cas d'absence de choix d'un médecin traitant ou de non-respect du parcours de soins ;
- le remboursement des franchises médicales et notamment celles sur les boîtes de médicaments.

Dans le cas d'un contrat collectif facultatif non responsable (le renfort), le droit aux prestations est soumis à un délai de carence dans les conditions suivantes (Voir TITRE II – CONDITIONS PARTICULIERES):

1. le droit aux prestations est ouvert **sans délai de carence lorsque** :
 - l'adhésion prend effet simultanément à l'adhésion au contrat socle,
 - l'adhésion prend effet au premier janvier de chaque année,
 - l'adhésion prend effet le premier jour du mois civil suivant l'un des évènements suivants : mariage, signature d'un PACS, séparation ou divorce, décès, perte d'emploi du conjoint, naissance d'un enfant.
2. **pour les autres cas, le droit aux prestations est soumis à un délai d'attente**, commençant à courir à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion. Pendant ce délai d'attente CNM Prévoyance Santé n'est pas tenue au versement des prestations prévues par les garanties souscrites.

Le délai d'attente est de :

3 MOIS POUR :	Honoraires médicaux, Pharmacie, Analyses, Auxiliaires médicaux, Actes de chirurgie, Actes techniques médicaux, Actes d'échographie et doppler, Actes d'imagerie, Optique, Acoustique, Appareillage, Orthopédie, Frais de transports, et Soins dentaires.
6 MOIS POUR :	Prothèses dentaires, Orthodontie, Hospitalisation médicale et chirurgicale, IVG, Chambre particulière, Lit d'accompagnant, Forfait hospitalier, Cure thermique, et Allocation décès.
10 MOIS POUR :	Allocation naissance

DECHEANCE DE GARANTIE EN CAS DE FRAUDE

Chaque partie doit exécuter le contrat de bonne foi. La Mutuelle est particulièrement vigilante à éviter les comportements portant atteinte à l'équilibre du contrat et à l'intérêt de la collectivité. La Mutuelle est en conséquence susceptible de procéder à un contrôle approfondi des pièces fournies et de solliciter des informations supplémentaires, en cas de suspicion de fraude.

Toute fausse déclaration intentionnelle sur l'existence, la nature, le montant d'une dépense de santé garantie, ou toute utilisation de moyens frauduleux, destinée à obtenir indument des prestations de la mutuelle vous priverait de tout droit à garantie pendant une période de douze mois sous réserve des obligations minimales de couverture prévues par les articles L911-7 et L871-1 du code de la sécurité sociale. Vous vous exposeriez également à des poursuites pénales, la mutuelle se réservant le droit de porter plainte.

SOINS A L'ETRANGER

Les frais de soins engagés à l'étranger sont remboursés par CNM Prévoyance Santé dans les conditions prévues au contrat s'ils sont pris en charge par le régime français de Sécurité Sociale ou par le régime de sécurité sociale du pays de séjour lorsque les frais ont été engagés dans un pays membre de l'UE/EEE ou en Suisse. **Dans les autres cas, les frais de soins engagés à l'étranger ne sont pas remboursés.**

TIERS PAYANT ET PRISE EN CHARGE

Le tiers payant vous évite d'avancer l'argent de vos dépenses de santé. Votre carte mutualiste sert de justificatif pour en bénéficier auprès des pharmaciens, laboratoires, radiologues... Ce service est gratuit, sous réserve que le professionnel de santé ou l'établissement de soins pratique le tiers payant pour la part prise en charge par le régime obligatoire et par la mutuelle.

Vous pouvez également bénéficier d'une dispense de paiement de la part mutuelle en matière d'optique, de dentaire, d'acoustique ou d'hospitalisation après avoir préalablement obtenu l'accord de la CNM. Pour cela vous devez adresser le devis émis par le professionnel de santé au service prestations et demander une « prise en charge ». La CNM décide souverainement d'accepter ou de refuser la demande de dispense de paiement.

A défaut de tiers payant ou de prise en charge, vous devez faire l'avance des frais et adresser à la CNM les justificatifs nécessaires au remboursement précisés ci-dessous.

La cessation de l'affiliation/radiation met fin à tout droit à remboursement et donc au bénéfice du tiers payant. Vous devez en conséquence cesser d'utiliser votre carte de tiers payant.

Attention : L'utilisation des cartes de tiers payant après la cessation de l'affiliation dans le but d'obtenir le versement de prestations indues est susceptible de caractériser le délit d'escroquerie conformément à l'article L313-1 du code pénal. Cela vous expose à une peine pouvant aller jusqu'à cinq ans d'emprisonnement et 375 000 euros d'amende. Dans un tel cas, la CNM réclamera le remboursement des sommes indument versées et se réserve le droit de porter plainte.

TÉLÉTRANSMISSION ET JUSTIFICATIFS À FOURNIR

La plupart des dossiers de remboursement sont traités par télétransmission avec les Caisses de la Sécurité Sociale, ce qui évite l'envoi des décomptes à la Mutuelle. Toute opposition de votre part à la télétransmission doit être justifiée.

Dans un certain nombre de cas, vous devez nous transmettre des justificatifs de vos dépenses de santé, en indiquant votre numéro de Sécurité sociale (cf. Annexe 2 – Comprendre vos garanties et prestations).

La fourniture des justificatifs originaux peut être demandée à tout moment. Le versement des prestations peut être bloqué en l'absence de la fourniture des originaux par courrier.

ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE et AIDE AUX AIDANTS

La mutuelle a souscrit un contrat collectif assistance vie quotidienne auprès de **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** (SA au capital de 4,1 millions d'euros - Siège social : 108, Bureaux de la Colline, 92213 Saint-Cloud RCS Nanterre 433 012 689 Tél 01 47 11 24 24). Les informations relatives à cette garantie figurent dans la notice établie par FILASSISTANCE INTERNATIONAL annexée à la présente notice.

Elle est incluse dans le contrat Socle « Base obligatoire » uniquement.

TITRE II CONDITIONS PARTICULIERES

OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat a pour objet la mise en place au bénéfice des salariés du souscripteur d'une couverture collective et facultative « remboursement des frais de soins de santé » qui complète le contrat Socle de base obligatoire.

La couverture s'impose de plein droit dans les relations individuelles de travail à l'ensemble des salariés, en tant qu'élément du statut collectif applicable.

COUVERTURE DES AYANTS DROIT

Les salariés couvrent à titre obligatoire leurs ayants droit tels que définis ci-après :

- son époux ou épouse,
- son concubin ou concubine,
- son partenaire avec le ou laquelle il a signé un PACS,
- ses enfants âgés de moins de 18 ans,
- ses enfants âgés de 18 à moins de 28 ans :
 - s'ils sont en contrat d'apprentissage,
 - s'ils sont à la recherche d'un premier emploi,
 - s'ils poursuivent leurs études,
- ses ascendants à charge fiscale,
- ses enfants quel que soit leur âge s'ils perçoivent une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés,
- toute personne figurant sur son attestation de droits à la Sécurité Sociale.

Pour cela l'employeur souscripteur doit adresser à la mutuelle le bulletin d'affiliation accompagné des justificatifs de la situation d'ayant droit.

Le salarié bénéficie de la couverture de ses ayants droit à compter du premier jour du mois suivant la réception de l'intégralité de ces documents sous réserve de l'acceptation de l'adhésion par CNM Prévoyance Santé et après vérification de ce que l'intéressé ne fait pas l'objet de mesures de gel des avoirs.

La cotisation correspondante à la couverture des ayants droit est intégralement à la charge du salarié.

Les cotisations sont appelées directement par CNM Prévoyance Santé auprès du salarié à terme à échoir le 10 du mois et selon le choix de l'entreprise.

La couverture des ayants droit prend fin le dernier jour du mois au cours duquel l'ayant droit cesse de remplir les conditions ci-dessus. La couverture prend fin le dernier jour du deuxième mois suivant la réception de la demande de résiliation.

Après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, le salarié peut dénoncer l'affiliation de ses ayants droit à tout moment, sans frais ni pénalités. Cette dénonciation prend effet un mois après que le salarié l'a notifiée à la mutuelle. Le salarié est redevable de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert. CNM Prévoyance Santé rembourse le solde dans un délai de 30 jours à compter de la date d'effet de la dénonciation.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des adhérents, le salarié peut dénoncer l'affiliation de ses ayants droit, en raison de ces modifications, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice ou de l'appel de cotisation comportant les modifications. Dans ce cas, la résiliation ne prend effet, en tout état de cause, qu'à la date d'entrée en vigueur des modifications.

Lorsque le salarié a mis fin à la couverture de ses ayants droit, il ne peut plus les affilier sauf circonstances exceptionnelles dûment justifiées auprès de la mutuelle.

CONTRAT RESPONSABLE

Les garanties respectent, dans la limite des prestations proposées, les dispositions relatives aux « contrats responsables » visées par les articles L.862-4 et L.871-1 du code de la sécurité sociale.

Les garanties seront adaptées de plein droit afin de rester à tout moment conformes à ces dispositions en cas d'évolution législative, réglementaire ou découlant de la doctrine administrative ou de la jurisprudence.

SUR QUELLES BASES S'EFFECTUENT VOS REMBOURSEMENTS ?

CARACTERE INDEMNITAIRE

Les prestations assurées par la mutuelle correspondent, dans le cadre et les limites de la formule choisie, au montant de la somme restant à charge de l'assuré après remboursement par le régime de base de l'assurance maladie et l'intervention d'une éventuelle autre couverture complémentaire.

EXPRESSION DES GARANTIES HORS OPTIQUE ET AIDES AUDITIVES

- Lorsque les garanties sont exprimées en pourcentage des frais réels ou de la base de remboursement de la sécurité sociale, le montant indiqué inclut la part de remboursement effectué par le régime obligatoire de Sécurité sociale.
- Lorsque les garanties sont exprimées par un montant en euros, ce montant vient en sus du remboursement du régime obligatoire de Sécurité sociale.
- Lorsque le remboursement de la CNM Prévoyance Santé est plafonné, les forfaits et limites sont exprimés, sauf stipulation contraire, par année civile et par bénéficiaire. Au-delà des plafonds, seuls sont remboursés les frais dont l'article R.871-2 du code de la sécurité sociale impose la prise en charge et notamment :
 - sur le poste soins courants : le ticket modérateur,
 - sur le poste hospitalisation, le ticket modérateur et le forfait journalier hospitalier,
 - sur le poste dentaire, le ticket modérateur et les soins et prothèses dentaires 100% santé.

Dans le cas où une demande de remboursement serait inférieure au montant du forfait annuel, le solde non utilisé pourra, dans le cas d'une nouvelle mise en jeu de la garantie, être utilisé pour un nouveau remboursement effectué au cours de la même année.

OPTIQUE MEDICALE

Le forfait de remboursement des équipements médicaux d'optique médicale à usage individuel s'entend y compris les remboursements déjà opérés par l'assurance maladie obligatoire et la participation de l'assuré social (ticket modérateur) et s'applique par période de deux ans (à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de vue). Le membre participant ou l'ayant droit ne pourra faire l'objet de plus d'un remboursement, pour l'acquisition d'un équipement d'optique composé d'une monture et de deux verres, sur une période de deux ans (le délai de deux ans se calculant à partir de la date d'acquisition de l'équipement dans les conditions de la liste mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale).

Si le plafond n'est pas atteint au cours de la période de référence, le solde n'est pas reporté sur la période de référence suivante en cas de renouvellement.

DISPOSITIFS MEDICAUX D'AIDES AUDITIVES

Le forfait de remboursement des frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive s'entend y compris les remboursements déjà opérés par l'assurance maladie obligatoire et la participation de l'assuré social (ticket modérateur) et s'applique par période de quatre ans dans les conditions prévues par la liste mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale. Le membre participant ou l'ayant droit ne pourra faire l'objet de plus d'un remboursement pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, sur une période de quatre ans (le délai de quatre ans se calculant à partir de la date d'acquisition de l'aide auditive précédente).

Si le forfait n'a pas été utilisé en tout ou en partie au cours de la même année, il ne sera pas reporté sur l'année suivante en cas de renouvellement.

100% SANTE

Lorsque la grille des garanties fait référence à des actes, soins, équipements « 100 % santé », il s'agit des actes, soins, ou équipements à prise en charge renforcée visés par les 3°, 4° et 5° de l'article R871-2 du code de la Sécurité Sociale.

Pour plus d'information sur la réforme du 100% Santé, consultez notre site www.cnmsante.fr

SOINS A L'ETRANGER

Les frais de soins engagés à l'étranger sont remboursés par CNM Prévoyance Santé dans les conditions prévues au bulletin

d'adhésion s'ils sont pris en charge par le régime français de sécurité sociale ou par le régime de sécurité sociale du pays de séjour lorsque les frais ont été engagés dans un pays membre de l'UE/EEE ou en Suisse. Dans les autres cas, les frais de soins engagés à l'étranger ne sont pas remboursés.

QUELLES SONT LES LIMITATIONS DE GARANTIE ?

Ne sont pas indemnisés par CNM Prévoyance Santé les cures d'amaigrissement, de rajeunissement ou opération de chirurgie esthétique non prises en charge par la sécurité sociale.

Sont également exclus de la prise en charge par la Mutuelle les frais annexes tels que téléphone, boissons, blanchissage, etc.

Le fait que la CNM Prévoyance Santé ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer, de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions et la CNM Prévoyance Santé est en droit de réclamer le remboursement de l'indu.

PERIMETRE DES GARANTIES, FORMALITES, JUSTIFICATIFS ET CONTROLE

Le périmètre de prise en charge des garanties ainsi que les justificatifs minimums à fournir pour obtenir le bénéfice des prestations sont détaillés en annexe 2.

Le bénéfice des prestations est conditionné à l'envoi d'une demande de remboursement à la mutuelle accompagnée des justificatifs précisés en annexe. Hormis les cas de télétransmission, la demande de remboursement est adressée au choix du salarié :

- Par courrier à CNM Prévoyance Santé – service prestations –93 A rue Oberkampf 75553 PARIS CEDEX 11.
- Par mail à contact@cnmsante.fr
- Directement en ligne sur l'espace personnel du membre participant.

Seuls des documents originaux font foi. Afin de rendre plus fluides les transferts de documents, l'envoi de justificatifs de dépenses par mail ou via l'espace personnel du salarié sur le site cnmsante.fr (sous format pdf exclusivement) est toutefois toléré par la mutuelle.

Dans ce cas, l'assuré s'engage à conserver les originaux concernés pendant une période de 2 ans et à les fournir à la mutuelle sur simple demande. Le salarié est informé que la fourniture de justificatifs de dépense par mail au format pdf n'est pas suffisante pour que la mutuelle procède au remboursement d'une dépense et accepte en conséquence qu'un remboursement ne puisse être effectué par la mutuelle tant que les originaux correspondants n'ont pas été fournis.

Lorsque le versement des prestations intervient dans le cadre d'échanges de données informatisées, le salarié peut être dispensé de fournir lesdits justificatifs.

Par ailleurs, dans le cadre de la lutte contre la fraude, CNM Prévoyance Santé peut demander aux professionnels de santé directement ou par l'intermédiaire des assurés bénéficiaires des soins tous justificatifs permettant de contrôler la réalité et la qualité des équipements fournis et/ou des plans de soins mis en œuvre. CNM Prévoyance Santé peut également solliciter un professionnel de santé-conseil (par ex. dentiste-conseil) afin de s'assurer de la réalisation des soins et de la conformité de leur cotation. Dans ce cas, les remboursements sont subordonnés à l'avis conforme dudit professionnel de santé-conseil.

Le versement des prestations est subordonné à la transmission de l'ensemble des justificatifs demandés par la Mutuelle.

DELAI DE DEMANDE DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

Les demandes de paiement de prestations, accompagnées des pièces justificatives, doivent, sous peine de prescription, être produites dans un délai maximum de deux ans à compter de l'acte.

ANNEXE 2
PERIMETRE DES GARANTIES ET JUSTIFICATIFS A FOURNIR

SOINS COURANTS	Précision sur le périmètre des garanties	Justificatifs à fournir pour demandes de remboursement
Honoraires médicaux généralistes et spécialistes	En secteur conventionné, les remboursements s'opèrent dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Les pénalités appliquées hors parcours de soins ne sont pas remboursées. En secteur non conventionné, le remboursement est effectué sur la base du tarif d'autorité de la sécurité sociale.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si vous avez acquitté l'intégralité du montant facturé : <ul style="list-style-type: none"> ○ Si vous bénéficiez de la télétransmission, vous n'avez rien à faire. ○ Si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission ou si nous intervenons en seconde mutuelle, fournir le relevé de prestation du RO ou de la première mutuelle. ▪ Si vous avez uniquement acquitté la part mutuelle : <ul style="list-style-type: none"> ○ Si vous bénéficiez de la télétransmission, fournir la facture acquittée. <p>Si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission ou si nous intervenons en seconde mutuelle, fournir le relevé de prestation du RO ou de la première mutuelle ainsi que la facture acquittée.</p>
Actes de Chirurgie et de Spécialité réalisés en cabinet	Actes d'obstétrique, d'anesthésie, de chirurgie ou techniques médicaux	
Analyses et examens de laboratoire	Prélèvements, analyses biologiques médicales et examens de laboratoire y compris les prélèvements et actes effectués par le directeur de laboratoire	
Honoraires paramédicaux	Actes et soins infirmiers, sage femmes, pédicurie-podologie remboursés par le régime obligatoire, orthoptie, orthophonie et kinésithérapie	
Psychologues partenaires dispositif MonPsy	Consultations dispensées par un psychologue inscrit dans l'annuaire accessible sur le site monpsy.sante.gouv.fr . Une orientation préalable par un médecin est obligatoire. Elle se traduit par la remise d'un courrier d'adressage nécessaire pour pouvoir bénéficier d'un remboursement. 8 séances max par an et par bénéficiaire de 3 ans et plus.	
Pharmacie prescrite non remboursée	Médicaments non remboursés par le RO, prescrits par un médecin, inscrits dans le répertoire www.vidal.fr paragraphe « Médicaments », avec mention NR Ne comprend pas la parapharmacie, sauf les injections intra-articulaires (traitement symptomatique de l'arthrose) et les granules homéopathiques.	Fournir ordonnance du médecin et facture acquittée du pharmacien précisant nom et prénom du bénéficiaire
Automédication	Médicaments à prescription facultative, inscrits au Vidal, remboursés par le RO lorsqu'ils sont prescrits mais délivrables sans ordonnance pour le traitement d'affections sans caractère de gravité (douleurs, fièvre, rhume,...).	Fournir facture détaillée acquittée du pharmacien précisant nom et prénom du bénéficiaire
Médecines Alternatives et Complémentaires	Selon la liste prévue à votre tableau de garantie. Consultation réalisée par un praticien diplômé et non prise en charge par le RO. Les produits prescrits ne sont pas pris en charge dans ce forfait. A partir de la 3ème année d'adhésion un « bonus fidélité » peut venir compléter le forfait annuel si votre garantie le propose.	Fournir facture acquittée précisant les coordonnées complètes du praticien et le diplôme de sa spécialité
Visite annuelle du sport	La visite médicale qui précède la délivrance d'un certificat médical pour la pratique d'une activité sportive est un acte de médecine préventive dont le coût n'est pas pris en charge par la Sécurité sociale (article L321-1 du code de la Sécurité sociale). Le médecin n'établira pas une feuille de soins mais une facture nominative. Remboursement dans la limite de la prestation prévue par la garantie	Fournir facture acquittée précisant les coordonnées du praticien et la mention « Visite annuelle du sport »
Participation à la pratique d'une activité sportive ou de séances d'activité physique adaptée	Frais d'adhésion, de licence ou de séance auprès d'un club, d'une association ou d'une fédération pour la pratique d'une activité physique ou sportive. Coachs en ligne délivrant des cours en direct à distance. Stages sportifs durant les vacances scolaires. Séances d'activité physique adaptée (sport sur ordonnance) dispensées par des professionnels et personnes qualifiées. Les sports et fédérations reconnues sont ceux définis sur le site du ministère des sports. Les dépenses liées à l'achat de matériel ne sont pas prises en compte.	Fournir facture acquittée précisant l'activité physique ou sportive exercée, les coordonnées complètes de l'association, du club, de la fédération ou du professionnel de santé ainsi que les nom et prénom du bénéficiaire.
Traitement stérilité, Fécondation in Vitro (FIV)	Traitements et actes nomenclaturés, prescrits par un médecin spécialiste et non remboursés par le RO	Fournir ordonnance du médecin et facture acquittée (pharmacie, laboratoire, hôpital)
Tests de grossesse	Tests de grossesses urinaires ou salivaires agréés CE et achetés en pharmacie ou parapharmacie.	Fournir facture détaillée et acquittée de la pharmacie/parapharmacie précisant en toutes lettres « Test de Grossesse » ainsi que nom et prénom du bénéficiaire.
Actes de prévention non pris en charge par le RO	Sont pris en charge tous les actes de prévention figurant sur la liste des prestations de prévention fixées par le décret du 8/06/2006 (JO 18/6/2006). Sont également pris en charge : - les vaccins, - les examens audiométriques non remboursés, - les dispositifs de sevrage tabagique (voir précisions ci-dessous), - les autotests de dépistage CoVid19, diabète, cholestérol, maladie de lyme, IST et VIH (voir précisions ci-dessous), - l'ostéodensitométrie non remboursés par le régime obligatoire, - les protections hygiéniques réutilisables (voir précisions ci-dessous).	Fournir prescription médicale et facture détaillée et acquittée précisant nom et prénom du bénéficiaire.

Autotests	Autotest nasal CoVid 19, autotest de glycémie capillaire pour le diabète, autotest à base de bandelette pour le cholestérol, autotest sanguin de lyme, IST et VIH, agréés CE, et achetés en pharmacie ou parapharmacie.	Fournir facture nominative et acquittée d'une pharmacie agréée par l'Ordre national des pharmaciens ou parapharmacie inscrite au Registre du Commerce en France et précisant clairement la nature de l'autotest acheté.
Protections périodiques réutilisables non remboursées.	Coupes menstruelles (cup), serviettes hygiéniques réutilisables, culottes menstruelles lavables. La prestation est réservée aux femmes bénéficiaires des garanties de plus de 25 ans.	Fournir facture nominative, détaillée et acquittée
Sevrage tabagique	Traitements par substituts nicotiques prescrits et non remboursés par le RO : patch, gomme, pastille, inhalateur, cigarettes de substitution. Les cigarettes électroniques et les séances de laser ne sont pas prises en charge.	Fournir ordonnance du médecin et facture détaillée et acquittée du pharmacien précisant nom et prénom du bénéficiaire.
Psychologue infantile, psychomotricien pour enfants, aide à la parentalité et guidance parentale	Consultation réalisée par un praticien diplômé. Seules sont prises en charge les consultations pour les enfants mineurs pour les psychomotriciens et de moins de 3 ans pour les psychologues infantiles. Pour les adultes, seules sont prises en charges les consultations relatives à des problématiques de parentalité et de guidance parentale non prises en charge par le RO.	Fournir facture nominative précisant les coordonnées complètes du praticien, le diplôme de sa spécialité, la personne consultante et le type de consultation réalisée.
Contraceptifs masculins et féminins	Stérilet, préservatif, patch, anneau, spermicides, pilule non remboursée par le RO achetés en pharmacie ou parapharmacie. Les pilules doivent avoir été prescrites.	Fournir facture nominative détaillée de la pharmacie/parapharmacie et ordonnance du médecin pour la pilule contraceptive.
Petits appareillages et autres dispositifs médicaux.	Orthopédie, appareillages et accessoires acceptés par le RO, à l'exception des dispositifs d'optique médicale (lunettes), des aides auditives, des podo orthèses et orthoprothèses, des prothèses internes et implants et des véhicules pour handicapés. Le remboursement total est obtenu en cumulant le remboursement en % de la BR et le forfait complémentaire annuel. Certains appareillages non remboursés par le RO peuvent éventuellement être pris en charge dans le cadre d'un forfait annuel. Consultez votre tableau de garanties qui précise le cas échéant les matériels pris en charge.	Fournir le relevé de remboursement de votre régime obligatoire et ajouter la facture acquittée précisant le nom et prénom du bénéficiaire si vous n'avez payé que la part mutuelle. En cas d'appareillage non remboursé pris en charge par la mutuelle fournir facture nominative acquittée donnant le détail de l'appareillage acquis.
Grands appareillages acceptés par le RO	Couvrir uniquement les équipements acceptés par le RO : podo orthèses, orthoprothèses, prothèses internes et implants ; fauteuil roulant, poussette, tricycle et châssis acceptés par le RO. Le remboursement maximum total est obtenu en cumulant le remboursement exprimé en % de la BR, le forfait complémentaire annuel et, à partir de la 3 ^{ème} année, le montant du « bonus fidélité » si votre garantie le propose.	Demande préalable obligatoire de prise en charge à la Mutuelle si délégation de paiement. Fournir le relevé de remboursement de votre régime obligatoire et ajouter la facture acquittée précisant le nom et prénom du bénéficiaire si vous n'avez payé que la part mutuelle.
Cures thermales prises en charge par le RO	Seules les dépenses engagées dans le cadre d'une cure prise en charge par le RO peuvent faire l'objet de remboursement. Hors thalassothérapie, balnéothérapie et cures thermales refusées RO. Le remboursement total est obtenu en cumulant le remboursement exprimé en % de la BR et le forfait complémentaire annuel. Dans le forfait annuel seules sont prises en charge les dépenses d'hébergement et transport. Les soins sont pris en charge dans le poste honoraires de surveillance, lorsqu'il existe et à hauteur d'un % de la BR dans tous les cas.	Fournir la facture acquittée d'hébergement + le décompte du régime obligatoire s'il n'y a pas de télétransmission. Pour les frais de transport, fournir selon le mode de transport utilisé carte grise + kilométrage effectué, billet de train ou de transport, justificatif de paiement divers (parking, péage...) Si l'adhérent ne paie que la part mutuelle nous fournir l'original de la facture acquittée. Si la cure est prise à 100% par votre régime obligatoire, fournir la facture nominative et acquittée d'hébergement et une attestation de cure.
Plafond annuel soins courants	Certaines garanties intègrent un plafond annuel de remboursement pour les soins courants. Dans ce cas, le cumul des montants remboursés au titre des soins courants ne peut pas excéder ce plafond. Lorsque celui-ci est atteint, seul le ticket modérateur continue à être remboursé, les dépassements d'honoraires et soins non remboursés par le RO n'étant plus pris en charge.	
Aides auditives	Contour d'oreille classique, contour à écouteur déporté, intra-auriculaire recommandé et adapté par un audioprothésiste diplômé. La prise en charge intègre un réglage maximum par an et par aide auditive. Les garanties indiquées comprennent la part remboursée par le RO. Certaines garanties intègrent un remboursement des accessoires et notamment des piles. Se reporter à votre tableau de garanties.	Demande préalable obligatoire de prise en charge à la Mutuelle si délégation de paiement. Fournir le relevé de remboursement de votre régime obligatoire et ajouter la facture acquittée précisant le nom et prénom du bénéficiaire si vous n'avez payé que la part mutuelle.

HOSPITALISATION	Précision sur le périmètre des garanties	Justificatifs à fournir pour demandes de remboursement
Honoraires hospitalisation	Honoraires des actes chirurgicaux, anesthésiques, etc. réalisés dans le cadre d'une hospitalisation ambulatoire ou d'un séjour hospitalier	Pour être pris en charge, les dépassements d'honoraires doivent faire l'objet d'une facture détaillée et acquittée précisant la codification de l'acte et sa valeur ainsi que la participation du RO.
Frais de séjour hospitalisation médicale ou chirurgicale	Incluant les frais de séjours en psychiatrie	Dans le cas où il n'y a pas eu de prise en charge au préalable délivrée à l'établissement, nous fournir la facture nominative, détaillée et acquittée
Forfait journalier hospitalisation médicale ou chirurgicale	Séjour dans un établissement hospitalier (public ou privé) consécutif à une maternité, un accident ou une maladie à l'exclusion des séjours effectués en établissement psychiatrique.	
Forfait journalier psychiatrique	Séjour dans un établissement psychiatrique prescrit par un médecin habilité.	
Chambre particulière	Se reporter à votre tableau de garantie pour connaître le montant maximum remboursé par jour et le nombre maximum de jours de prise en charge. Sauf spécification contraire dans votre tableau de garantie, la prise en charge inclut la Chambre Particulière Psychiatrie. La chambre en hospitalisation ambulatoire (ou hospitalisation de jour) fait l'objet d'un montant et d'une durée de remboursement spécifiques. Consultez votre tableau de garantie.	Dans le cadre du déploiement prochain du dispositif technique ROC (Remboursement des Organismes Complémentaires), à compter du 01/01/2023 la chambre particulière ne peut plus faire l'objet d'une prise en charge par la mutuelle et doit être acquittée par le patient. Fournir dans ce cas la facture nominative, détaillée et acquittée
Frais accompagnant bénéficiaire hospitalisé	Pour donner lieu à remboursement, l'accompagnant ayant acquitté les frais comme la personne hospitalisée doivent être bénéficiaires des garanties. Selon vos garanties, les frais d'accompagnants peuvent être limités aux seuls enfants de moins de 16 ans hospitalisés, aux seuls conjoints hospitalisés ou ouverts à tout bénéficiaire hospitalisé. Consultez votre tableau de garantie. Frais de lit d'accompagnant en hôpital y compris Maison de Parents, Foyers d'Accueil pour Familles de Malades Hospitalisés et Hôtel Agréé Hôpital.	Fournir certificat nominatif d'hospitalisation, facture nominative, acquittée et détaillée et justificatif d'agrément hôpital en cas d'hôtel.
Franchise sur actes techniques médicaux lourds	Forfait légal sur les actes affectés d'un coefficient ≥ 50 ou d'un tarif de convention ≥ 120 €	Dans le cadre où il n'y a pas eu de prise en charge au préalable délivrée à l'établissement nous fournir la facture nominative, détaillée et acquittée
Transport	Seuls les transports acceptés par le Régime Obligatoire sont pris en charge par la mutuelle. Par exception, certaines garanties peuvent prévoir un remboursement annuel de frais de transport non pris en charge. Dans ce cadre, seuls les transports nécessités par une hospitalisation et engagés par la personne hospitalisée sont pris en charge. Pour être remboursable, le coût du transport doit pouvoir faire l'objet d'une facture nominative acquittée par un professionnel du transport. Les frais de transport engagés avec son véhicule personnel (essence, parking...) ne peuvent être pris en charge.	Fournir un bulletin d'admission ou de situation et facture nominative acquittée précisant la qualité de professionnel du transport.
Allocation naissance ou adoption	L'allocation ne couvre pas les enfants mort-nés. Selon les garanties, l'allocation est versée pour chaque enfant né/adopté ou avec doublement dans ce cas en cas d'adoptions ou naissances multiples. Se reporter à votre tableau de garantie. La prestation est soumise à un délai de carence de 3 mois. Le versement de la prestation est conditionné à l'inscription de l'enfant sur le contrat dans les 60 jours suivants sa naissance ou son adoption.	Fournir l'original de l'acte de naissance ou copie du livret de famille pour l'enfant et les parents ou jugement d'adoption.
Plafond annuel hospitalisation	Certaines garanties intègrent un plafond annuel de remboursement pour l'hospitalisation. Dans ce cas, le cumul des montants remboursés au titre des soins hospitaliers ne peut pas excéder ce plafond. Lorsque celui-ci est atteint, seuls le ticket modérateur et le forfait journalier (hors établissements spécialisés) continuent à être remboursés, les autres frais engagés (dépassements d'honoraires, chambre particulière...) n'étant plus pris en charge.	

DENTAIRE	Précision sur le périmètre des garanties	Justificatifs à fournir pour demandes de remboursement
Soins et prothèses 100% santé	Tels que définis réglementairement. Les soins et prothèses 100% santé sont remboursés intégralement dans la limite des honoraires limites de vente fixés par arrêté. Si le professionnel de santé dépasse ces honoraires limites de vente, les montants dépassant les honoraires limites de vente restent à votre charge.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si vous avez acquitté l'intégralité du montant facturé : <ul style="list-style-type: none"> ○ Si vous bénéficiez de la télétransmission, vous n'avez rien à faire. ○ Si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission, fournir le relevé de prestation du RO. ▪ Si vous avez uniquement acquitté la part mutuelle : <ul style="list-style-type: none"> ○ Si vous bénéficiez de la télétransmission, fournir la facture acquittée. <p>Si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission, fournir le relevé de prestation du RO ainsi que la facture acquittée.</p>
Prothèses dentaires autres que 100% santé remboursées par le RO	Le remboursement est différencié selon que la prothèse est sur dent visible ou invisible. Les dents invisibles sont les dents numérotées 16, 17, 18, 26, 27, 28, 36, 37, 38, 46, 47, 48. En cas de prothèse fixe ou amovible couvrant à la fois des dents visibles et invisibles, le remboursement est calculé sur la base des garanties prévues pour les prothèses sur dent	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si vous avez acquitté l'intégralité du montant facturé : <ul style="list-style-type: none"> ○ Si vous bénéficiez de la télétransmission, vous n'avez rien à faire. ○ Si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission ou si nous intervenons en seconde mutuelle, fournir le relevé de prestation du RO ou de la première mutuelle. ▪ Si vous avez uniquement acquitté la part mutuelle : <ul style="list-style-type: none"> ○ Si vous bénéficiez de la télétransmission, fournir la facture acquittée. ○ Si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission ou si nous intervenons en seconde mutuelle, fournir le relevé de prestation du RO ou de la première mutuelle ainsi que la facture acquittée.
Orthodontie acceptée	La prise en charge intervient pour les traitements acceptés par le Régime Obligatoire quel que soit l'âge du patient. Le remboursement total est obtenu en cumulant le remboursement exprimé en % de la BR et, à partir de la 3ème année, le « Bonus Fidélité » si votre garantie le propose.	<p>Pour les prothèses, fournir en complément le certificat de conformité incluant la fiche de traçabilité.</p> <p>La mutuelle se réserve le droit de demander aux professionnels de santé directement ou par l'intermédiaire des assurés bénéficiaires des soins tous justificatifs complémentaires.</p>
Implants et prothèses nomenclaturées non remboursées	Ces actes dentaires hors nomenclature peuvent, selon les garanties souscrites, être pris en charge par la Mutuelle à concurrence d'un plafond annuel par bénéficiaire. Se reporter au tableau de garantie. Selon la garantie souscrite, un « bonus fidélité » peut à partir de la 3ème année être utilisé pour ce type de dépense. Ce bonus vient, le cas échéant, compléter le forfait annuel prévu au contrat.	<p>Fournir facture d'honoraires nominative, détaillée et acquittée d'un professionnel de santé dentiste, chirurgien-dentiste ou orthodontiste.</p> <p>Fournir en complément :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour les implants : le plan de traitement, le passeport de chirurgie implantaire et le passeport de prothèse supra-implantaire - Pour l'orthodontie : le plan de traitement - Pour les prothèses : le certificat de conformité incluant la fiche de traçabilité. <p>Tous ces justificatifs doivent être aux nom et prénom du bénéficiaire des soins.</p>
Maladie parodontale et endodontie	Le remboursement des frais occasionnés par une maladie parodontale est conditionné par la réalisation préalable d'un bilan parodontal.	<p>La mutuelle se réserve le droit de demander aux professionnels de santé directement ou par l'intermédiaire des assurés bénéficiaires des soins tous justificatifs complémentaires permettant de contrôler la réalité et la qualité des équipements fournis et/ou des plans de soins mis en œuvre.</p> <p>La mutuelle peut également solliciter un professionnel de santé-conseil (par ex. dentiste-conseil) afin de s'assurer de la réalisation des travaux et de la conformité de leur cotation. Dans ce cas, les remboursements sont subordonnés à l'avis conforme dudit professionnel de santé-conseil.</p>
Orthodontie non remboursée	Prise en charge limitée à 4 semestres consécutifs ou non maximum. Le remboursement est effectué en fin de période de soins facturée. Les gouttières de blanchiment et de fluoration non remboursées ne sont pas prises en charge. Les gouttières orthodontiques sont prises en charge uniquement si la facture acquittée spécifie le type de gouttière, son usage et porte une codification TO.	<p>La mutuelle se réserve le droit de demander aux professionnels de santé directement ou par l'intermédiaire des assurés bénéficiaires des soins tous justificatifs complémentaires permettant de contrôler la réalité et la qualité des équipements fournis et/ou des plans de soins mis en œuvre.</p> <p>La mutuelle peut également solliciter un professionnel de santé-conseil (par ex. dentiste-conseil) afin de s'assurer de la réalisation des travaux et de la conformité de leur cotation. Dans ce cas, les remboursements sont subordonnés à l'avis conforme dudit professionnel de santé-conseil.</p>
Plafond annuel dentaire	Certaines garanties intègrent un plafond annuel de remboursement pour l'ensemble des dépenses dentaires. Dans ce cas, le cumul des montants remboursés au titre des soins dentaires ne peut excéder le plafond prévu. Lorsque celui-ci est atteint, seuls le ticket modérateur et les dépenses 100% Santé continuent à être remboursés, les dépassements d'honoraires et soins non remboursés par le RO n'étant plus pris en charge.	

OPTIQUE	Précision sur le périmètre des garanties	Justificatifs à fournir pour demandes de remboursement
Equipements d'optique médicale 100% santé Y compris honoraires et suppléments éventuels	Tels que définis réglementairement. Remboursement intégral dans la limite des Prix Limites de vente fixés par arrêté pour chaque type de monture et de verre. Si le professionnel de santé dépasse ces prix limites de vente, les montants dépassant les prix limites de vente restent à votre charge.	
Equipement complet d'optique médicale autres que 100% santé	<p>Un équipement d'optique médicale comprend une monture et 2 verres. Le remboursement est limité à la prise en charge d'un seul équipement par période de 2 ans pour les assurés de 16 ans et plus, 1 an pour les moins de 16 ans, 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.</p> <p>Par dérogation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le renouvellement est annuel pour les assurés de 16 ans et plus en cas d'évolution de la vue définie réglementairement constatée par prescription médicale ou par un opticien ; - la période d'un an pas n'est pas opposable pour les jeunes de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue définie réglementairement constatée par prescription médicale d'un ophtalmologiste. <p>La période de 24 mois est calculée à compter de la date du dernier achat d'équipement d'optique médicale.</p> <p>Les prestations prévues dans votre tableau de garantie, comprennent la part remboursée par le RO et le ticket modérateur.</p> <p>La définition des catégories de La définition des catégories de verres est donnée par l'Arrêté du 3 décembre 2018.</p> <p>Verres simples = verres sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ; 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 ; sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries</p> <p>Verres complexes = verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ; sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ; sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries</p> <p>Verres très complexes = verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ; sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.</p>	<p>Fournir ordonnance valide de l'ophtalmologue et facture du magasin d'optique détaillant le type de verres et de correction.</p> <p>Fournir le décompte du régime obligatoire s'il n'y a pas de télétransmission.</p> <p>En cas d'évolution de la vue pour un adulte au cours de la période de 2 ans, fournir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ordonnance initiale de l'ophtalmologue, - nouvelle ordonnance de l'ophtalmologue et/ou facture du magasin d'optique mentionnant l'évolution de la vue et détaillant le type de verres et de correction pour le 2ème équipement optique pour lequel est demandé le remboursement, <p>NB : La durée de validité de l'ordonnance médicale est fixée à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un an, pour les patients de - de 16 ans ; - 5 ans, pour les patients âgés de 16 à 42 ans ; - 3 ans, pour les patients âgés de + de 42 ans.
Lentilles et implants intraoculaires	<p>Pour les lentilles et implants intraoculaires non remboursés par le RO, seul le forfait annuel s'applique.</p>	<p>Fournir ordonnance valide de l'ophtalmologue et facture du magasin d'optique détaillant le type de lentilles et de correction</p> <p>Fournir le décompte du régime obligatoire s'il n'y a pas de télétransmission</p> <p>Pour les lentilles non remboursées par le RO fournir ordonnance valide et la facture acquittée et détaillée de l'opticien.</p> <p>Sauf mention contraire ou spécifique portée sur l'ordonnance médicale, la durée de la validité de celle-ci est fixée à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un an, pour les patients de - de 16 ans - 3 ans, pour les patients âgés de + 16 ans.
Forfait adaptation lentilles	<p>Le forfait doit être facturé par un ophtalmologue et sa prise en charge est limitée aux enfants de moins de 18 ans.</p>	<p>Fournir facture détaillée et acquittée de l'ophtalmologue mentionnant en toutes lettres « Forfait adaptation lentilles » et son montant.</p>
Chirurgie correctrice non prise en charge par le RO	<p>Le forfait couvre les chirurgies oculaires non prises en charge par le RO. En cas de chirurgie prise en charge, se reporter selon le cas aux postes Hospitalisation ou Actes de Chirurgie réalisés en cabinet pour connaître les garanties. Le forfait est donné par œil. Tous les types de chirurgie correctrice de la vision sont pris en charge.</p> <p>Le bonus fidélité est annuel. Un seul bonus sera donné si les 2 yeux sont opérés la même année.</p>	<p>Fournir la facture acquittée et détaillée du praticien</p>

ANNEXE 3 NOS ENGAGEMENTS QUALITE & SERVICES

À votre service

- **Télétransmission** avec toutes les caisses du Régime Général et les principales caisses de RSI, des régimes étudiants et fonctionnaires
- **Tiers payant étendu et national** : pharmacies, radios, laboratoires, infirmiers, kinésithérapeutes...
230 000 professionnels de santé
- Acceptation des justificatifs de dépenses adressés par mail format PDF⁽¹⁾
- Service de calcul préalable de nos remboursements
- Sur demande préalable, **Prise en Charge par la mutuelle** des dépenses importantes en optique, dentaire, acoustique et hospitalisation lorsque le professionnel de santé n'accepte par le tiers payant
- 80% des remboursements en 48h
- Accès au réseau de soins mutualistes
- Dispositif complet d'**action sociale** pour soutenir les adhérents en situation de fragilité
- Actions collectives de **prévention** pour sensibiliser les adhérents à la préservation de leur capital santé
- Dispositif « **MonPsy** » : Psychologues partenaires du dispositif MonPsy – 8 séances max/an
- **Téléconsultation** médicale 7J/7 24H/24
- Assistance « **Aide aux aidants** » Services à domicile, à aide au répit et soutien des proches aidants
- **2e Avis Médical** : « DEUXIEMEAVIS.FR » - Service permettant aux adhérents – confrontés à des pathologies graves, rares ou invalidantes - de solliciter un deuxième avis médical en ligne rendu par un médecin expert en moins de 7 jours.
- **Télérèglements DSN** possible sur demande : vous ne serez prélevé que de ce que vous déclarez

Tenir vos salariés parfaitement informés et répondre à leurs questions

- **Des relevés de prestations** trimestriels
- **Un espace adhérent** sur internet et l'application personnelle dotés de nombreuses fonctionnalités
- Un journal adhérent trimestriel
- Un plateau de conseillers mutualistes dédiés aux relations avec vos salariés
- **Une adresse mail unique** : contact@cnmsante.fr pour échanger par mail avec les différents services de la mutuelle et via l'application personnelle

Pour votre Entreprise

- **Un conseiller mutualiste unique** qui suit et accompagne votre entreprise tout au long de son contrat.
- De véritables experts des régimes collectifs pour vous conseiller
- **Des solutions sur mesure** et au meilleur coût en frais médicaux et en prévoyance (décès, invalidité, incapacité, dépendance)
- **Un espace Extranet personnel** à votre service (réservé aux correspondants que vous nous désignez) pour suivre votre

contrat, vos cotisations, déclarer de nouveaux salariés...

VOTRE CONTACT

CNM Prévoyance Santé - Service Commercial Entreprises

93A rue Oberkampf 75553 Paris Cedex 11

Tél : 01 53 36 92 52

Mail : entreprises@cnmsante.fr

1 – La fourniture par courrier des justificatifs originaux reste la procédure normale. Leur fourniture peut être demandée à tout moment. Le versement des prestations peut être bloqué en l'absence de la fourniture des originaux par courrier

Document établi sur la base des informations communiquées et de la réglementation en vigueur au 1er janvier 2023.

Il ne constitue pas un engagement contractuel de la part de CNM Prévoyance Santé.

Seul le contrat établi par la mutuelle fera foi et les contraintes notamment le taux HDS « Haut degré de solidarité » prévu par votre Convention Collective

ANNEXE 4 FILASSISTANCE



CONDITIONS GENERALES DES GARANTIES D'ASSISTANCE VALANT NOTICE D'INFORMATION CONTRAT COLLECTIF D'ASSISTANCE n° FIC23DEP0051 CAISSE NATIONALE MUTUALISTE PREVOYANCE SANTE

CAISSE NATIONALE MUTUALISTE PREVOYANCE SANTE, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée sous le n° SIREN 784 492 100, dont le siège social est situé 93A Rue Oberkampf - 75553 PARIS Cedex 11, a souscrit le contrat collectif n° **FIC23DEP0051** au profit de ses Adhérents et auprès de **FILASSISTANCE**, afin de faire bénéficier ces derniers, de garanties d'assistance telles que prévues ci-dessous.

Les garanties d'assistance sont assurées et gérées par **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** (ci-après dénommée « **FILASSISTANCE** »), Société Anonyme au capital de 4 100 000€, régie par le Code des assurances, inscrite au RCS de Nanterre sous le n° 433 012 689, dont le siège social se situe au 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex.

A. CADRE DES GARANTIES

1. COMMENT CONTACTER FILASSISTANCE ?

Téléphone	09 77 40 32 90 (depuis la France) +33 9 77 40 32 90 (depuis l'étranger)
Télécopie	09 77 40 17 87
Adresse postale	108 Bureaux de la Colline 92213 Saint-Cloud Cedex
Courriel	assistance.personnes@filassistance.fr

2. QUI PEUT BENEFICIER DES GARANTIES ?

Ont la qualité de Bénéficiaires, l'Adhérent, son Conjoint, leur(s) enfant(s) et ascendant(s) directs fiscalement à charge et vivant sous le même toit ainsi que toute personne désignée dans la garantie comme destinataire de la prestation servie.

Les Bénéficiaires doivent résider en France telle que définie ci-dessous.

3. OU S'APPLIQUENT LES GARANTIES ?

Les garanties d'assistance fournies par **FILASSISTANCE** au titre des présentes conditions générales valant Notice d'information, s'appliquent en France telle que définie ci-dessous.

Elles sont fournies exclusivement depuis et au sein de la Zone de résidence de l'Adhérent, telle que définie ci-dessous.

4. QUELLE EST LA PERIODE DES GARANTIES ?

Les garanties sont acquises à tout Bénéficiaire dès lors que l'Évènement à l'origine de la demande d'assistance survient pendant l'adhésion au Contrat et durant la période de validité du présent Contrat.

Les garanties prennent fin :

- En cas de cessation de l'adhésion au contrat d'assurance complémentaire santé souscrit auprès de la **CAISSE NATIONALE MUTUALISTE PREVOYANCE SANTE** ;
- En cas de résiliation du Contrat collectif d'assistance n° **FIC23DEP0051**.

B. GENERALITES

1. DEFINITIONS

Accident : Blessure non intentionnelle et indépendante de la volonté du Bénéficiaire, provenant de l'action soudaine, violente et imprévisible d'une cause extérieure et dont la nature risque de porter atteinte à la vie même du Bénéficiaire ou d'engendrer à brève échéance une aggravation importante de son état si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

Actes de la vie quotidienne : Se lever/se coucher, s'habiller, se laver, se nourrir, aller aux toilettes, se déplacer dans son Domicile.

Adhérent : Toute personne physique assurée au titre d'un contrat d'assurance complémentaire santé de la **CAISSE NATIONALE MUTUALISTE PREVOYANCE SANTE** et adhérent au Contrat d'assistance n° **FIC23DEP0051**.

Aide à domicile : Personne assurant les travaux courants d'entretien du logement tels que le ménage, les courses de proximité, le repassage et l'aide aux repas.

AGGIR : Outil national d'évaluation de la dépendance déterminant le niveau des aides publiques.

Aidant : La personne qui assiste la personne en état de Dépendance totale ou partielle. L'Aidant apporte une aide quotidienne à l'Aidé pour les Actes de la vie quotidienne. **Sauf clause contraire**, l'Aidant devra avoir le même Domicile ou visiter quotidiennement à domicile son Aidé.

Aidé : La personne qui est reconnue dépendante.

Animaux de compagnie : Chiens et chats remplissant les obligations d'identification et de vaccination fixées par la réglementation à l'exclusion de tout chien susceptible d'être dangereux c'est-à-dire les chiens de races **Staffordshire bull terrier, Mastiff, American Staffordshire terrier, Tosa, les chiens assimilables par leurs caractéristiques morphologiques aux chiens de ces races ainsi que les chiens communément appelés « Pitt bull »**. **L'animal garanti ne devra pas faire l'objet d'un élevage ou être détenu dans le cadre d'une activité professionnelle ou commerciale quelle qu'elle soit.**

Autorité médicale : Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité en France.

Auxiliaire de vie : Intervenante qui facilite le lever, le coucher, la toilette et les soins d'hygiène (à l'exclusion des soins infirmiers), dans le but de maintenir la personne à son Domicile.

Bénéficiaire : Toute personne désignée à l'article 2 du paragraphe A, ci-avant.

Conjoint : Le conjoint marié à l'Adhérent, non séparé de corps ; le concubin tel que défini à l'article 515-8 du Code civil ; ou le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) à l'Adhérent.

Contrat : Le Contrat collectif d'assistance n° **FIC23DEP0051**.

Domicile : Le foyer fiscal ou le lieu de résidence principale et habituelle de l'Adhérent, mentionné sur le bulletin d'adhésion.

Dépendance : Etat de perte d'autonomie d'une personne justifiant son classement dans le Groupe GIR 1 à 4 de la grille AGGIR.

Equipe médicale : Médecin de **FILASSISTANCE**.

Equipe médico-sociale : Médecins de **FILASSISTANCE**, assistantes sociales ou conseillers en économie sociale et familiale de **FILASSISTANCE**.

CNM – FILASSISTANCE

n°FIC23DEP0051

2 sur 23

Etablissements de soins publics ou privés : Hôpitaux, cliniques, établissements de convalescence, établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR), centres de rééducation, établissements d'HAD (Hospitalisation à domicile), etc... au sein desquels le Bénéficiaire peut recevoir des soins prodigués par une Autorité médicale.

Evènement : Toute situation prévue par la présente notice justifiant d'une demande d'intervention auprès de **FILASSISTANCE**, et notamment la Maladie, l'Accident, le décès, etc.

France : France métropolitaine, la Principauté de Monaco et les Départements-Régions d'Outre-mer français : Guadeloupe, Guyane française, Martinique et la Réunion.

Handicap : Toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie par une personne, en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. Le handicap doit être reconnu par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

Hospitalisation imprévue : Tout séjour imprévu d'une durée **supérieure à 24 heures, hors séjour ambulatoire**, dans un Etablissement de soins public ou privé, pour un traitement médical ou chirurgical suite à un Accident ou une Maladie dont la survenance n'était pas connue **dans les 7 jours** avant son déclenchement.

Immobilisation : Incapacité temporaire à réaliser soi-même les tâches de la vie quotidienne à son Domicile, consécutive à une Maladie ou un Accident et nécessitant un repos à Domicile, constatée comme telle par une Autorité médicale compétente.

Hospitalisation/Hospitalisation prévue : **Sauf stipulation contraire**, tout séjour d'une durée **supérieure à 24 heures**, dans un Etablissement de soins public ou privé, pour un traitement médical ou chirurgical suite à un Accident ou une Maladie.

Maladie : Toute altération soudaine et imprévisible de la santé, constatée par une Autorité médicale compétente.

Titre de transport : **Dans la limite des disponibilités**, pour les trajets dont la durée est **inférieure à 5 heures**, il est remis un billet de train, aller et retour, 1^{ère} classe. Pour les trajets supérieurs à cette durée, il est remis un billet d'avion, aller et retour, classe économique.

Zone de résidence :

- Pour l'Adhérent résidant en France métropolitaine ou dans la Principauté de Monaco : zone couvrant la France métropolitaine et la Principauté de Monaco.
- Pour l'Adhérent résidant dans les Départements-Régions d'Outre-Mer français : zone limitée au Département-Région dans lequel se trouve le Domicile de l'Adhérent.

2. MISE EN ŒUVRE DES PRESTATIONS

2.1. DELIVRANCE DES PRESTATIONS

FILASSISTANCE est accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et met en œuvre les prestations garanties, après accord préalable, du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures (**hors jours fériés**).

En cas de rapatriement prévu par les garanties d'assistance, FILASSISTANCE met en œuvre cette prestation 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Le Bénéficiaire ou son entourage doivent impérativement contacter **FILASSISTANCE**, au numéro de téléphone indiqué au début de la notice, préalablement à toute intervention ou mise en œuvre d'une garantie **dans un délai maximum de cinq (5) jours calendaires suivant la date de survenance de l'Evènement qui donne lieu au bénéfice des présentes garanties.**

CNM – FILASSISTANCE

n°FIC23DEP0051

3 sur 23

Le Bénéficiaire obtiendra ensuite un numéro de dossier qui seul justifiera une prise en charge de la part de **FILASSISTANCE**.

À défaut de respecter cet accord préalable et ce délai, aucune dépense effectuée d'autorité par le Bénéficiaire (ou son entourage) ne sera remboursée.

Il appartient au Bénéficiaire de fournir toute pièce demandée par **FILASSISTANCE** permettant de justifier la réalité de l'évènement qui le conduit à sa demande d'assistance ainsi que le respect des conditions d'octroi des garanties.

En cas d'accident ou d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers, le SAMU ou le médecin traitant.

Les prestations qui n'auront pas été utilisées par le Bénéficiaire lors de la durée de la garantie ne peuvent donner lieu au versement d'une indemnité compensatoire.

Les montants de prise en charge, la durée de mise en œuvre des prestations d'assistance ainsi que le nombre d'heures mentionnées dans les garanties ne sont pas forfaitaires.

FILASSISTANCE pourra suspendre la mise en œuvre de toute prestation nécessitant l'intervention au Domicile d'un Bénéficiaire lorsque celui-ci, eu égard à son état de dégradation, est considéré comme étant soit insalubre soit comme présentant un danger ou risque pour la santé ou pour la sécurité de l'intervenant de **FILASSISTANCE**.

FILASSISTANCE pourra suspendre la mise en œuvre de toute prestation en cas de comportement pénalement répréhensible (agressions, comportements racistes, insultes, ...) ou violent d'un Bénéficiaire à l'égard du prestataire intervenant à son Domicile.

En cas de fausse déclaration sur les circonstances du sinistre, d'exagération frauduleuse des préjudices, de dissimulation d'existence d'autres prestations indemnitaires ou d'utilisation ou de production de documents/justificatifs frauduleux ou inexacts, les Bénéficiaires perdront tout droit à indemnisation pour le sinistre.

2.2. REGLEMENT DES PRESTATIONS

Pour obtenir le remboursement des dépenses ayant reçu l'accord préalable de **FILASSISTANCE**, le Bénéficiaire ou la personne ayant engagé les frais devra obligatoirement adresser toute pièce justificative originale que **FILASSISTANCE** jugerait utile.

Ce règlement sera versé soit au Bénéficiaire, soit à la personne ayant engagé les frais dans un délai de trente (30) jours ouvrés suivant la réception de l'ensemble desdites pièces, sauf contestation notifiée à la personne concernée.

2.3. CONDITIONS D'ORDRE MEDICAL

Le choix des moyens à mettre en œuvre pour répondre à une demande d'assistance, relève de la décision de l'Équipe médicale de **FILASSISTANCE**, qui recueille si nécessaire, l'avis du médecin traitant.

La durée de mise en œuvre des garanties est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille du Bénéficiaire, par l'Équipe médicale de **FILASSISTANCE.**

Afin de permettre à l'Équipe médicale de **FILASSISTANCE** de prendre sa décision, cette dernière se réserve la possibilité de demander au Bénéficiaire de fournir toute pièce médicale originale qui justifie l'évènement qui le conduit à sa demande d'assistance.

Les pièces médicales devront être adressées **sous pli confidentiel** à l'attention du service médical de **FILASSISTANCE**.

2.4. CONDITIONS SPECIFIQUES AUX PRESTATIONS D'ASSISTANCE INFORMATIONS

CNM – FILASSISTANCE

n°FIC23DEP0051

4 sur 23

Les prestations d'informations sont délivrées uniquement par téléphone **du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00 (hors jours fériés)** sur simple appel du Bénéficiaire. En aucun cas, les réponses aux demandes d'informations ne feront l'objet d'une confirmation écrite.

FILASSISTANCE s'engage à fournir une réponse dans un **délaï maximal de 72 heures**.

La responsabilité de **FILASSISTANCE** ne pourra en aucun cas être recherchée en cas :

- **D'interprétation inexacte du ou des renseignements que le Bénéficiaire aura obtenu(s),**
- **Des difficultés qui pourraient surgir ultérieurement du fait d'une utilisation inappropriée ou abusive, par le Bénéficiaire, des informations communiquées.**

Les prestations d'informations relatives à la santé ont pour objet d'écouter, d'informer et d'orienter l'Adhérent et, en aucun cas, elles n'ont vocation à remplacer le médecin traitant. **Les informations fournies ne peuvent se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription.**

Les informations seront toujours données dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical). **De plus, en cas d'urgence médicale, le Bénéficiaire doit appeler en priorité son médecin traitant, les pompiers ou les services médicaux d'urgence (SAMU 15).**

Les prestations d'information juridique dispensées par **FILASSISTANCE** ne peuvent se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, notaires, etc.

Le contenu de l'information juridique délivrée est purement documentaire, **ne peut excéder le champ défini par l'article 66-1 de la Loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971 et ne pourra en aucun cas consister à donner des consultations juridiques.**

La validité des informations communiquées s'apprécie au moment de l'appel du Bénéficiaire. FILASSISTANCE ne pourra pas être tenue responsable de la caducité des informations communiquées qui résulterait de l'évolution de la réglementation postérieure à cet appel.

Sont exclues de la garantie les demandes d'information ne relevant pas du droit français.

2.5. CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES TITRES DE TRANSPORT

En cas de transport organisé et pris en charge par **FILASSISTANCE**, le Bénéficiaire consent à utiliser en priorité ses titres de voyage initiaux, modifiés ou échangés.

A défaut de modification ou d'échange, le Bénéficiaire s'engage à accomplir toutes les démarches nécessaires au remboursement des titres non utilisés et à verser les sommes correspondantes à **FILASSISTANCE**, et ce dans les 90 jours de son retour.

Seuls les frais supplémentaires (résultant d'une modification, d'un échange ou d'un remboursement des titres de transport) par rapport au prix du titre initial acquitté par le Bénéficiaire pour son retour seront pris en charge par FILASSISTANCE.

2.6. CONDITIONS RELATIVES AUX AVANCES DE FRAIS

Dans le cadre de certaines garanties stipulées dans la présente convention, **FILASSISTANCE** peut verser au Bénéficiaire, à sa demande, une avance de fonds afin de lui permettre de faire face à certaines dépenses imprévues.

2.6.1. Conditions préalables au versement de l'avance par FILASSISTANCE

CNM – FILASSISTANCE

n°FIC23DEP0051

5 sur 23

À titre de garantie de remboursement par le Bénéficiaire de l'avance consentie, **FILASSISTANCE** adressera un certificat d'engagement au Bénéficiaire qui devra le renvoyer dûment complété et signé par ses soins accompagné d'une copie d'une pièce d'identité en cours de validité à **FILASSISTANCE**. L'avance sera mise en œuvre après réception dudit certificat d'engagement par **FILASSISTANCE**.

2.6.2. Délai de remboursement de l'avance à **FILASSISTANCE**

Le Bénéficiaire s'engage à rembourser à **FILASSISTANCE** la somme avancée par cette dernière **dans un délai de 3 mois à compter de la date de l'avance**.

2.6.3. Sanctions

A défaut de remboursement dans le délai de 3 mois, la somme deviendra immédiatement exigible et **FILASSISTANCE** pourra, sans mise en demeure préalable, prendre toutes mesures susceptibles d'en assurer le recouvrement.

3. EXCLUSIONS

FILASSISTANCE ne peut se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais consécutifs à leur intervention.

Les prestations qui n'auront pas été utilisées par l'Adhérent ou le Bénéficiaire lors de la durée de la garantie excluent un remboursement à posteriori ou une indemnité compensatoire.

Sont exclues et n'entraînent aucune prestation de la part de **FILASSISTANCE** les conséquences :

- des frais engagés à l'initiative d'un Bénéficiaire ou d'un de ses représentants sans l'accord préalable de **FILASSISTANCE**,
- des conséquences d'un dommage intentionnellement commis par un Bénéficiaire,
- de participation à un crime ou un délit,
- des fraudes, falsifications ou déclarations sciemment fausses. La garantie de l'Adhérent, ainsi que celles des autres Bénéficiaires du contrat, cesse alors immédiatement : les prestations indues devront être remboursées,
- des interventions ou traitements d'ordre esthétique.

4. SUBROGATION

Conformément à l'article L121-12 du Code des assurances, **FILASSISTANCE** est subrogée dans les droits et actions de l'Adhérent contre tout responsable du dommage, à concurrence du montant de la prestation servie.

L'Adhérent doit informer **FILASSISTANCE** de l'exercice d'un recours, d'une procédure pénale ou civile, dont il a connaissance, contre l'auteur présumé du dommage dont il a été victime.

5. INFORMATIQUE ET LIBERTES

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, la collecte des données à caractère personnel du Bénéficiaire est nécessaire pour la gestion de son contrat d'assistance par **FILASSISTANCE** et ses prestataires.

Les informations recueillies auprès du Bénéficiaire, lors d'une demande d'assistance font l'objet d'un traitement ayant pour finalités : la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assistance ; l'élaboration de statistiques notamment commerciales, d'activité et actuarielles ; l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude ; les opérations relatives à la gestion des clients ; l'amélioration du service au client ; la gestion des avis des personnes sur les produits et services ; la gestion et le suivi des incidents relatifs à la sécurité des prestataires.

Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de **FILASSISTANCE**, de leurs prestataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat.

Dans le cadre de la gestion du contrat d'assistance, **FILASSISTANCE**, ses prestataires et sous-traitants peuvent être amenés à collecter auprès du Bénéficiaire des données de santé. Ces données de santé sont collectées aux fins de mise en œuvre des garanties demandées. Elles pourront être communiquées exclusivement pour cette finalité aux prestataires ou sous-traitants qui s'engagent à veiller au respect de la confidentialité des données qui leur sont transmises compte tenu de leur sensibilité.

Les données du Bénéficiaire seront conservées durant toute la vie du contrat, jusqu'au 31 Décembre de l'année civile suivant l'expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation.

Le Bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de ses données personnelles.

Le Bénéficiaire dispose également du droit de prévoir des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après son décès.

Sous certaines conditions réglementaires, le Bénéficiaire peut faire l'exercice du droit d'opposition ou de limitation du traitement de ses données personnelles, toutefois, toute opposition ou refus pourra empêcher l'exécution des présentes garanties.

Le Bénéficiaire peut exercer ces différents droits en se rendant sur www.filassistance.fr ou en contactant directement le service DPD par courrier (FILASSISTANCE INTERNATIONAL - Délégué à la Protection des Données, 108 Bureaux de la Colline, 92213 Saint-Cloud Cedex) ou par courriel (dpo@filassistance.fr).

Le Bénéficiaire peut également demander la portabilité des données qu'il a transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat.

Le Bénéficiaire pourra adresser ses réclamations touchant à la collecte ou au traitement de ses données à caractère personnel au service du Délégué à la Protection des Données, dont les coordonnées ont été précisées ci-dessus. En cas de désaccord persistant, le Bénéficiaire a la possibilité de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy 75007 Paris, <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>, 01 53 73 22 22.

6. RESPONSABILITE

FILASSISTANCE s'engage à mobiliser tous les moyens d'action dont elle dispose pour effectuer l'ensemble des prestations d'assistance prévues à la présente Notice. A ce titre, **FILASSISTANCE** est tenue d'une obligation de moyens dans la réalisation des prestations d'assistance garanties et il appartiendra aux Bénéficiaires, de prouver la défaillance de **FILASSISTANCE**.

FILASSISTANCE est seule responsable vis-à-vis du Bénéficiaire, du défaut ou de la mauvaise exécution des prestations d'assistance. A ce titre, **FILASSISTANCE** sera responsable des dommages directs, quelle qu'en soit la nature, à l'égard du Bénéficiaire, pouvant survenir de son propre fait ou du fait de ses préposés.

Les dommages directs susvisés s'entendent de ceux qui ont un lien de causalité direct entre une faute de **FILASSISTANCE** et un préjudice du Bénéficiaire.

En tout état de cause, FILASSISTANCE ne sera pas responsable d'un manquement à ses obligations qui sera la conséquence d'une cause étrangère (cas de force majeure tel que défini à l'article 1218 du Code civil et par la jurisprudence de la Cour de cassation, fait de la victime ou fait d'un tiers).

CNM – FILASSISTANCE

n°FIC23DEP0051

7 sur 23

7. AUTORITE DE CONTROLE

FILASSISTANCE est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09.

8. RECLAMATIONS

Sans préjudice du droit d'engager une action en justice pour le Bénéficiaire à tout moment, toute réclamation portant sur le traitement d'une demande d'assistance (délai, qualité, contenu de la prestation fournie, etc.) pourra être formulée dans un premier temps par l'Adhérent, un Bénéficiaire ou leurs mandataires ou leurs ayants droit (ci-après le « Réclamant ») :

- auprès du service qui a traité cette demande par téléphone au numéro non surtaxé indiqué au début de la notice,
- par courrier à l'adresse suivante : FILASSISTANCE - Service Réclamations, 108, Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD CEDEX,
- par mail à qualite@filassistance.fr,
- sur le site internet www.filassistance.fr via le formulaire de contact accessible dans la rubrique « Contactez-nous ».

FILASSISTANCE adressera un accusé de réception dans un délai de dix (10) jours ouvrables maximum à compter de la date d'envoi de la réclamation, sauf si une réponse peut être communiquée au Réclamant dans ce délai.

A défaut, une réponse sera apportée dans un délai de deux (2) mois maximum à compter de la date d'envoi de la réclamation sauf en cas de survenance de circonstances particulières induisant un délai de traitement plus long, ce dont le Réclamant sera informé.

En tout état de cause, le Réclamant peut saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance à l'expiration d'un délai de deux mois après l'envoi de sa première réclamation écrite, ou le cas échéant à compter de la date de réception de la réponse négative formulée par FILASSISTANCE, en adressant sa demande :

- par courrier à l'adresse suivante : **Médiation de l'Assurance** TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09,
- sur le site internet www.mediation-assurance.org.

Le Médiateur formulera un avis dans le délai prévu dans la charte de la médiation de l'assurance, à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas aux Parties et laisse la liberté pour le Réclamant, de saisir les tribunaux compétents

9. PRESCRIPTION

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent Contrat sont prescrites dans les délais et termes du Code des assurances :

- **Délai de prescription**

Article L.114-1 :

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement 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'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1) en cas de réticence, omission, déclaration fautive 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'assurances contre les Accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires sont les ayants-droit de l'Assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance vie, nonobstant les dispositions du 2^e alinéa ci-dessus, les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'Assuré.

- **Causes d'interruption de la prescription**

Article L.114-2 :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

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

- **Caractère d'ordre public de la prescription**

Article L.114-3 :

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

- **Causes ordinaires d'interruption de la prescription :**

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L.114-2 précité sont celles prévues selon les termes et conditions des articles suivants du Code civil :

- **Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait**

Article 2240 du Code civil

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

- **Demande en justice**

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 l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

- **Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée**

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.

- **Etendue de la prescription quant aux personnes**

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 les 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 les héritiers.

Article 2246 du Code civil

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

- **Causes de report et de suspension de la prescription**

Les causes de report du point de départ ou les causes de suspension de la prescription visées à l'article L. 114-3 du Code des assurances sont énumérées aux articles 2233 à 2239 du Code civil reproduits ci-après dans leur version en vigueur au 1er janvier 2018 :

Article 2233 du Code civil

La prescription ne court pas :

1. à l'égard d'une créance qui dépend d'une condition, jusqu'à ce que la condition arrive ;
2. à l'égard d'une action en garantie, jusqu'à ce que l'éviction ait lieu ;
3. à l'égard d'une créance à terme, jusqu'à ce que ce terme soit arrivé.

Article 2234 du Code civil

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

Article 2235 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre les mineurs non émancipés et les majeurs en tutelle, sauf pour les actions en paiement ou en répétition des salaires, arrérages de rente, pensions alimentaires, loyers, fermages, charges locatives, intérêts des sommes prêtées et, généralement, les actions en paiement de tout ce qui est payable par années ou à des termes périodiques plus courts.

Article 2236 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue entre époux, ainsi qu'entre partenaires liés par un pacte civil de solidarité.

Article 2237 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre l'héritier acceptant à concurrence de l'actif net, à l'égard des créances qu'il a contre la succession.

Article 2238 du Code civil

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative ou à compter de l'accord du débiteur constaté par l'huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois. En cas d'échec de la procédure prévue au même article, le délai de prescription recommence à courir à compter de la date du refus du débiteur, constaté par l'huissier, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois.

Article 2239 du Code civil

La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée.

Ces différents articles peuvent évoluer en cours de vie du contrat. Ces articles sont disponibles à la rubrique « Les codes en vigueur » du site Internet du service public de la diffusion du droit (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

- Saisine du médiateur

Il est également prévu que la prescription de deux (2) ans sera suspendue en cas de médiation ou de conciliation entre les Parties (article 2238 du Code civil).

10. LOI APPLICABLE ET JURIDICTION COMPETENTE

La présente Notice est régie par le droit français.

En cas de litige portant sur la présente Notice et à défaut d'accord amiable, il sera fait expressément attribution de juridiction près les tribunaux dans le ressort desquels se situe le Domicile du Bénéficiaire.

CNM – FILASSISTANCE

n°FIC23DEP0051

11 sur 23

C. DETAIL DES PRESTATIONS GARANTIES

En cas de difficulté d'interprétation du tableau synoptique de l'article D., il convient de faire prévaloir la rédaction des garanties détaillées ci-après.

1. PRESTATIONS ACCESSIBLES AU BENEFICIAIRE DES L'ADHESION

1.1 « INFORMATIONS ESSENTIELLES »

1.1.1 INFORMATIONS D'ORDRE GENERAL

Sur simple appel téléphonique, FILASSISTANCE recherche et communique au Bénéficiaire le ou les renseignements nécessaires à la résolution des problèmes de la vie familiale et quotidienne (à l'exception des problèmes liés à sa vie professionnelle).

1.1.2 INFORMATIONS PRATIQUES

La prestation de renseignements est assurée par une équipe de chargés d'informations qui répondent à toute question d'ordre réglementaire et juridique, ainsi qu'aux demandes d'informations du domaine de la vie pratique.

1.1.3 RENSEIGNEMENTS REGLEMENTAIRES

Justice / défense / recours : à qui s'adresser, comment porter plainte, juridictions civiles, juridictions administratives, juridictions pénales, frais de justice, aide judiciaire, amendes pénales, ...

Vie professionnelle : contrat de travail, réglementation du travail, licenciement, chômage, travail à domicile, fonction publique, travail à l'étranger, travail temporaire, ...

Sociétés / commerçants / artisans / affaires : professions libérales, professions commerciales et industrielles, professions artisanales, sociétés commerciales, TVA et autres taxes, assurances professionnelles, aide-mémoire de formalités, frais d'installation, comment créer une association, congés de formation des salariés, ...

Assurances sociales / allocations / retraites : salaires, fonction publique, commerce, artisanat, professions libérales, agriculteurs, prestations familiales, accidents du travail, pension de réversion des salariés, pension de réversion des non-salariés, aide sociale, ...

Impôts / fiscalité : imprimés à remplir, traitements et salaires, revenus fonciers, BIC, BNC, BA, plus-values, charges déductibles, calcul de l'impôt, impôts locaux, réclamations, paiements, contrôles, ...

Famille : régimes matrimoniaux, grossesse, naissance, adoption, éducation des enfants, émancipation des mineurs, union libre, divorce, succession, décès, handicapés, ...

1.1.4 RENSEIGNEMENTS VIE PRATIQUE

Habitation / logement : acquisition, construction, financement, bail, congés, copropriété, vente, achat en viager, résidence secondaire, urbanisme, expropriation, les professionnels et l'immobilier, organismes à consulter.

Consommation : argent et chèques dans la vie quotidienne, santé, personnel de maison, protection de la vie privée, l'énergie dans la vie quotidienne, automobile, vivre mieux (nouvelles brèves et conseils) ...

Vacances / loisirs : vacances en famille, enfants et adolescents, camping, caravaning, voyages organisés, centres et mouvements de jeunesse, activités de plein air, activités culturelles, loisirs du 3^e âge, vacances à l'étranger, votre argent en vacances, ...

CNM – FILASSISTANCE

n°FIC23DEP0051

12 sur 23

Formalités / cartes / permis : état civil, passeport, casiers judiciaires, cartes et permis divers, obligations militaires, déménagements, ...

Les services publics : EDF/GDF, France Telecom, SNCF, la Mairie, la Préfecture, le Médiateur : pour quels services ? , A qui s'adresser ? Comment ?

Enseignement / formation : école maternelle, primaire, secondaire, après le baccalauréat, bourses du second degré, aides financières pour étudiants, téléenseignements, collèges et lycées spéciaux, ...

1.1.5 RENSEIGNEMENTS DIVERS DEPANNAGES

FILASSISTANCE recherche et communique les numéros d'appel téléphoniques :

- des taxis, gares SNCF, aéroports, loueurs de véhicules, gendarmeries, ...
- des entreprises de dépannage situées **dans un rayon de 30 Km du Domicile**, telles que : plomberie, menuiserie, électricité, serrurerie, vitrerie, etc...

Cette prestation se limite à communiquer un ou plusieurs numéros téléphoniques : FILASSISTANCE ne saurait en aucun cas recommander une entreprise, ni à fortiori être impliquée à propos de la qualité du travail exécuté par le réparateur ou à propos de la rapidité de son intervention.

1.1.6 RENSEIGNEMENTS VOYAGES

FILASSISTANCE fournit des renseignements sur les formalités administratives concernant les pays étrangers dans lesquels le Bénéficiaire doit se rendre.

L'Equipe médicale de **FILASSISTANCE** est à sa disposition pour lui indiquer les obligations en matière de vaccins et les précautions d'usage avant, pendant et après les voyages selon les pays visités.

Elle est également disponible pour venir en aide si le Bénéficiaire se trouve confronté à l'étranger à des difficultés pour consulter sur place, par exemple trouver un médecin parlant français ou anglais.

1.1.7 INFORMATIONS SPECIALISEES

Sur simple appel téléphonique, l'Equipe médico-sociale de **FILASSISTANCE**, **dans le respect du rôle du médecin traitant :**

- répond aux questions générales d'ordre médical ou diététique (à l'exception de toute consultation ou diagnostic personnalisé par téléphone),
- aide à la recherche, en accord avec le médecin traitant, des centres de cures spécialisés en France correspondants à l'état de santé du Bénéficiaire,
- recherche et indique les établissements médicaux spécialisés qui peuvent recevoir le Bénéficiaire si celui-ci souffre d'un handicap, sans toutefois pouvoir garantir que le centre ou l'établissement indiqué l'accueillera.

2. PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE AU DOMICILE DU BENEFICIAIRE

En cas d'Accident et d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers, le SAMU ou le médecin traitant.

2.1. RECHERCHE D'UN MEDECIN, D'UNE INFIRMIERE OU D'UN INTERVENANT PARAMEDICAL EN FRANCE

En l'absence du médecin traitant habituel, **FILASSISTANCE** aide le Bénéficiaire à rechercher un médecin pour une visite à Domicile en lui communiquant les numéros de téléphone utiles (médecin de garde ou service d'urgence).

De plus, **FILASSISTANCE** peut intervenir pour rechercher une infirmière ou un intervenant paramédical.

CNM – FILASSISTANCE

n°FIC23DEP0051

13 sur 23

Les frais et honoraires du médecin, de l'infirmière ou de l'intervenant paramédical restent à la charge exclusive du Bénéficiaire.

L'indisponibilité ou l'éloignement trop important du médecin susceptible de se déplacer ne pourra être retenu à l'encontre de FILASSISTANCE.

2.2. RESERVATION DE LIT EN MILIEU HOSPITALIER ET ACHEMINEMENT

Si le médecin traitant prescrit une Hospitalisation, à la demande du Bénéficiaire et en relation avec le médecin traitant, FILASSISTANCE peut aider à la recherche d'un lit en milieu hospitalier le plus proche du Domicile ou le plus apte à répondre aux besoins, sous réserve de l'accord du centre d'admission.

Sur prescription médicale et si le Bénéficiaire en fait la demande, FILASSISTANCE recherche une ambulance et organise le transport du Bénéficiaire malade ou blessé jusqu'à son lieu d'Hospitalisation sans aucune prise en charge financière.

Si le retour au Domicile du Bénéficiaire doit s'effectuer en ambulance ou VSL, et si le Bénéficiaire en fait la demande FILASSISTANCE organise son retour, sans aucune prise en charge financière.

2.3. ACHEMINEMENT DES MEDICAMENTS

Sur appel du Bénéficiaire, FILASSISTANCE organise et prend en charge l'acheminement de médicaments à son Domicile, si celui-ci est dans l'incapacité physique de se déplacer, et s'il s'agit de médicaments indispensables au traitement immédiat du Bénéficiaire selon la prescription médicale. Cette garantie s'applique si le Bénéficiaire ne peut pas faire intervenir un membre de son entourage.

FILASSISTANCE n'est pas tenue à l'exécution de ces obligations dans le cas où dans un rayon maximum de 50 Km autour du Domicile du Bénéficiaire, le ou les médicaments concernés ne seraient pas disponibles.

FILASSISTANCE fait l'avance du coût de ces médicaments, que le Bénéficiaire devra rembourser à FILASSISTANCE au moment même de leur livraison.

Le service de livraison des médicaments est pris en charge par FILASSISTANCE.

3. PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE TRAITEMENT DE CHIMIOThERAPIE, RADIOTHERAPIE, CURIETHERAPIE, TRITHERAPIE OU QUADRITHERAPIE SUIVI PAR UN BENEFICIAIRE

3.1. AIDE A DOMICILE

FILASSISTANCE met à disposition du Bénéficiaire une Aide à domicile exerçant dans sa Zone de résidence, afin de le soulager dans ses tâches ménagères quotidiennes.

Avant la mise en œuvre de la prestation, un certificat justifiant de la réalité de l'Evènement devra être adressé à FILASSISTANCE sous pli confidentiel à l'attention du médecin régulateur de FILASSISTANCE.

Cette garantie est mise en œuvre dans la limite de 2 heures dans les 48 heures suivant chaque séance de soins et de 20 heures maximum sur toute la durée du traitement.

4. PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION PREVUE OU IMPREVUE SUPERIEURE A 2 JOURS, D'IMMOBILISATION SUPERIEURE A 5 JOURS AU DOMICILE OU DE SEJOUR EN MATERNITE SUPERIEUR A 4 JOURS D'UN BENEFICIAIRE

4.1. AIDE A DOMICILE

CNM – FILASSISTANCE

n°FIC23DEP0051

14 sur 23

FILASSISTANCE met à disposition du Bénéficiaire une Aide à domicile exerçant dans sa Zone de résidence, afin de le soulager dans ses tâches ménagères quotidiennes.

Avant la mise en œuvre de la prestation, un certificat justifiant de la réalité de l'Évènement devra être adressé à **FILASSISTANCE** sous pli confidentiel à l'attention du médecin régulateur de **FILASSISTANCE**.

Cette garantie est mise en œuvre **dans la limite de 10 heures de travail effectif par Évènement réparties sur une période de 10 jours consécutifs maximum, à raison de 3 heures par jour maximum et selon le cas :**

- pendant l'Immobilisation au Domicile à compter de la date de début de l'Immobilisation prescrite figurant sur le certificat médical,
- pendant ou dès la fin de l'Hospitalisation, à compter respectivement de la date d'admission ou de sortie de l'établissement de santé,
- pendant ou dès la fin du séjour en maternité, à compter respectivement de la date d'admission ou de sortie de la maternité.

4.2. GARDE OU TRANSFERT DES ENFANTS OU PETITS-ENFANTS AGES DE MOINS DE 15 ANS

Si, durant l'Hospitalisation, le séjour en maternité ou l'Immobilisation du Bénéficiaire, ses enfants ou petits-enfants ne peuvent pas s'organiser seuls ni être confiés à une personne de l'entourage du Bénéficiaire, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge par Évènement :

- soit leur garde au Domicile du Bénéficiaire sur une période de 3 jours consécutifs maximum, ainsi que leur conduite à l'école pendant ces 3 jours ;
- soit leur transfert chez un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire en mettant à leur disposition un Titre de transport ;
- soit le transfert d'un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire au Domicile du Bénéficiaire en mettant à sa disposition un Titre de transport.

4.3. GARDE OU TRANSFERT DES PERSONNES DEPENDANTES

Si, durant l'Hospitalisation, le séjour en maternité ou l'Immobilisation du Bénéficiaire, les personnes dépendantes dont il a la charge ne peuvent pas s'organiser seuls ni être confiés à une personne de l'entourage du Bénéficiaire, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge par Évènement :

- soit leur garde au Domicile du Bénéficiaire sur une période de 3 jours consécutifs maximum ;
- soit leur transfert chez un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire en mettant à leur disposition un Titre de transport ;
- soit le transfert d'un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire jusqu'au Domicile du Bénéficiaire en mettant à sa disposition un Titre de transport.

4.4. GARDE DES ANIMAUX DE COMPAGNIE

FILASSISTANCE organise et prend en charge la garde à l'extérieur ou l'entretien à Domicile des Animaux de compagnie.

La prise en charge ne peut excéder une période de 30 jours par Évènement.

Cette garantie est mise en œuvre pendant l'Hospitalisation, le séjour en maternité ou l'Immobilisation du Bénéficiaire.

4.5. TRANSMISSION DES MESSAGES URGENTS

FILASSISTANCE assure la transmission des messages à caractère urgent destinés à la famille du Bénéficiaire ou à un de leur proches (et inversement) y compris des informations à caractère personnel et médical avec accord du Bénéficiaire.

CNM – FILASSISTANCE

n°FIC23DEP0051

15 sur 23

Cette transmission sera effectuée sous la responsabilité du Bénéficiaire.

5. PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION PREVUE OU IMPREVUE SUPERIEURE A 2 JOURS OU D'IMMOBILISATION SUPERIEURE A 5 JOURS AU DOMICILE D'UN BENEFICIAIRE

5.1. PRESENCE D'UN PROCHE

FILASSISTANCE organise et prend en charge le transport d'un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire, en mettant à sa disposition un **Titre de transport par Evènement**, afin de se rendre auprès du Bénéficiaire.

6. PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION PREVUE OU IMPREVUE SUPERIEURE A 2 JOURS OU DE SEJOUR EN MATERNITE SUPERIEUR A 4 JOURS D'UN BENEFICIAIRE

6.1. FRAIS DE TELEVISION

FILASSISTANCE prend en charge les frais de location d'un téléviseur lors du séjour à l'hôpital ou en maternité du Bénéficiaire **dans la limite de 10 jours par Evènement**.

7. PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE SEJOUR HOSPITALIER D'UN ADHERENT AGE DE 75 ANS ET PLUS

7.1. TELEASSISTANCE

FILASSISTANCE proposera à l'Adhérent ou **âgé de 75 ans et plus ayant été hospitalisé**, la mise à disposition d'un service de Téléassistance à Domicile (Prévifil) pour sécuriser sa convalescence pour une durée **de 3 mois maximum par Evènement** à compter de son **retour au Domicile**.

Au-delà de 3 mois, l'Adhérent ou aura la possibilité, s'il le souhaite, de prolonger cette mise à disposition dans le cadre d'un abonnement individuel à sa charge.

Le service de téléassistance permet en cas de chute ou de malaise à la maison d'avertir une personne de confiance proche choisie par l'Adhérent ou par un tiers de proximité, qui se rendra au Domicile ou, le cas échéant, d'alerter les services de secours d'urgence.

D'un simple geste, en appuyant sur son bouton émetteur, l'Adhérent peut alerter la centrale de réception qui identifie l'appel même si l'utilisateur ne peut pas parler.

Les prestations liées à la mise en place du centre de réception d'appels sont les suivantes :

- Ecoute et Présence 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 d'une équipe spécialisée.
- Mise en relation, si nécessaire, avec les structures d'urgence (**sans prise en charge**).

8. PRESTATION ACCESSIBLE A L'ENFANT MALADE DU BENEFICIAIRE

8.1. GARDE DE L'ENFANT MALADE AGE DE MOINS DE 15 ANS DU BENEFICIAIRE

Si un problème médical imprévu oblige un des enfants du Bénéficiaire à garder la chambre alors qu'aucune personne ne peut rester à son chevet, **FILASSISTANCE organise et prend en charge, jusqu'à 30 heures maximum par Evènement**, la garde à Domicile par une aide maternelle.

Un certificat médical justifiant la nécessité du maintien à Domicile sera demandé dans le cadre de la mise en œuvre de la garantie.

La mise à disposition d'une aide maternelle ne s'applique qu'au-delà du congé pour enfant malade prévu légalement ou conventionnellement.

CNM – FILASSISTANCE

n°FIC23DEP0051

16 sur 23

9. PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'ABSENCE SCOLAIRE SUPERIEURE A 15 JOURS DE L'ENFANT MALADE OU ACCIDENTE DU BENEFICIAIRE

9.1. ECOLE A DOMICILE

Lorsque le médecin traitant estime que l'état de santé de l'enfant du Bénéficiaire l'oblige à garder le lit par suite de **Maladie ou d'Accident**, et que cette obligation entraîne une absence scolaire supérieure à 15 jours, FILASSISTANCE fournit une aide pédagogique à partir du 16^e jour.

Pour cela FILASSISTANCE recherche et prend en charge un répétiteur scolaire se déplaçant au Domicile du Bénéficiaire pour donner à l'enfant des cours dans les matières principales, à raison de 10 heures par semaine au maximum et ce, jusqu'à la fin de l'année en cours, si nécessaire.

Cette prestation pédagogique s'adresse exclusivement aux enfants scolarisés en France, du cours préparatoire à la classe terminale des lycées d'enseignement général. Elle cesse dès que l'enfant a repris normalement ces cours.

Un certificat médical justifiant la nécessité du maintien à Domicile sera demandé dans le cadre de la mise en œuvre de la garantie.

La prise en charge est subordonnée à l'existence d'un ou plusieurs répétiteurs dans un rayon de 25 Km du Domicile de celui-ci, et elle ne s'applique pas durant les vacances scolaires d'été et pendant les jours fériés.

La prestation ne s'applique pas :

- pour les Maladies ou Accidents et leurs conséquences antérieurs à la date d'effet de l'adhésion et leurs conséquences,
- lorsque l'enfant est atteint d'une maladie chronique.

10. PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION D'UN ENFANT DU BENEFICIAIRE

10.1. GARDE OU TRANSFERT DES AUTRES ENFANTS

En cas d'**Hospitalisation** de l'un des enfants nécessitant la présence à son chevet du Bénéficiaire, si les autres enfants ne peuvent s'organiser seuls ou être pris en charge par l'autre parent pour des raisons professionnelles, FILASSISTANCE organise et prend en charge par Evènement :

- soit leur garde au Domicile du Bénéficiaire sur une période de 3 jours consécutifs maximum, ainsi que leur conduite à l'école pendant ces 3 jours ;
- soit leur transfert chez un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire en mettant à leur disposition un Titre de transport ;
- soit le transfert d'un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire jusqu'au Domicile Bénéficiaire en mettant à sa disposition un Titre de transport.

11. PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DECES D'UN BENEFICIAIRE

11.1. INFORMATIONS OBSEQUES ET AIDE DANS LES DEMARCHES

FILASSISTANCE répond aux questions relatives aux démarches et formalités administratives, communique des informations pratiques sur les coûts et disponibilités des concessions dans les cimetières, les modes de sépultures, le don d'organe et de corps, etc., ainsi que des informations portant sur les règles de droit français relatives aux successions.

11.2. AIDE A L'ORGANISATION DES OBSEQUES DU BENEFICIAIRE

CNM – FILASSISTANCE

n°FIC23DEP0051

17 sur 23

FILASSISTANCE informe et accompagne les proches du Bénéficiaire décédé pour l'organisation des obsèques et notamment dans les domaines suivants :

- Obsèques civiles ou religieuses,
- Prélèvements d'organes,
- Don du corps,
- Constatation de décès,
- Déclaration de décès,
- Chambres funéraires,
- Transports funéraires.

Les éventuels frais engagés restent à la charge des proches du Bénéficiaire.

11.3. ACCOMPAGNEMENT DANS LES DEPLACEMENTS

FILASSISTANCE organise et prend en charge le déplacement du Conjoint du Bénéficiaire lorsqu'il doit se rendre dans des lieux publics tels que la banque, la Poste, un établissement de soins, un cabinet médical, etc.

Cette garantie est mise en œuvre dans la limite de 150 € par Evènement.

11.4. GARDE OU TRANSFERT DES ENFANTS AGES DE MOINS DE 15 ANS

FILASSISTANCE organise et prend en charge par Evènement :

- soit la garde des enfants au Domicile du Bénéficiaire **sur une période de 3 jours consécutifs maximum, ainsi que leur conduite à l'école pendant ces 3 jours** ;
- soit leur transfert chez un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire en mettant à leur disposition **un Titre de transport** ;
- soit le transfert d'un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire jusqu'au Domicile du Bénéficiaire en mettant à sa disposition **un Titre de transport**.

11.5. GARDE OU TRANSFERT DES ASCENDANTS

FILASSISTANCE organise et prend en charge par Evènement :

- soit la garde des ascendants au Domicile du Bénéficiaire **sur une période de 3 jours consécutifs maximum** ;
- soit leur transfert chez un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire en mettant à leur disposition **un Titre de transport** ;
- soit le transfert **aller/retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe** d'un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire jusqu'au Domicile du Bénéficiaire en mettant à sa disposition **un Titre de transport**.

11.6. GARDE DES ANIMAUX DE COMPAGNIE

FILASSISTANCE organise et prend en charge la garde à l'extérieur ou l'entretien à Domicile des Animaux de compagnie.

La prise en charge ne peut excéder une période de 30 jours par Evènement.

Cette garantie est mise en œuvre dans les 30 jours suivant le décès du Bénéficiaire.

11.7. AVANCE DES FRAIS D'INHUMATION

FILASSISTANCE procure aux proches du Bénéficiaire, à titre d'avance sans intérêt, une somme de 3 100 € maximum par Evènement.

Cette avance est consentie dans le cas où le décès a pour conséquence l'indisponibilité momentanée de fonds et elle a pour seule finalité de permettre aux proches du Bénéficiaire de payer des dépenses imprévues et en lien direct avec la survenance de ce décès du Bénéficiaire.

L'avance est versée par **FILASSISTANCE** et remboursée par le Bénéficiaire conformément au paragraphe B.2.6 « CONDITIONS RELATIVES A L'AVANCE DES FRAIS ».

11.8. RAPATRIEMENT DE CORPS

En cas de décès du Bénéficiaire en France à plus de 100 Km du Domicile, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge le transport du corps du lieu de décès jusqu'au lieu d'inhumation ou de crémation choisi en France, situé dans la Zone de résidence du Bénéficiaire.

FILASSISTANCE prend également en charge :

- les frais annexes rendus nécessaires par la législation en vigueur (soins de préparation, aménagements spécifiques au transport du corps, etc.),
- le coût d'un cercueil le plus simple ou d'une urne pour le transport des cendres.

Si la crémation a lieu sur le lieu de décès, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge le rapatriement de l'urne funéraire.

Les autres frais, notamment les frais de cérémonie, d'inhumation ou d'incinération restent à la charge des proches du défunt.

Le choix des sociétés intervenant dans le traitement du rapatriement (pompes funèbres, transporteurs, etc.) est du ressort de **FILASSISTANCE**. Toutefois, en fonction de la volonté exprimée du défunt ou de son entourage, **FILASSISTANCE** peut accepter, à titre exceptionnel, de modifier l'un des éléments de la prestation garantie ou ses modalités de mise en œuvre.

Dans ce cas, la prise en charge financière ne pourra pas dépasser le montant qui aurait été engagé si la prestation avait été intégralement organisée par **FILASSISTANCE**.

11.9. RETOUR ANTICIPE DU CONJOINT DU BENEFICIAIRE DECEDE

En cas de décès du Bénéficiaire en France à plus de 100 Km du Domicile, **FILASSISTANCE** met à la disposition de son Conjoint un Titre de transport par Evènement.

12. PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'AIDE A L'AIDANT

12.1. INFORMATIONS, DEMARCHES ET AIDE A LA CONSTITUTION DE DOSSIERS

FILASSISTANCE réalise, à la demande de l'Aidant ou d'un proche de l'Aidé, un entretien téléphonique au sujet de la Dépendance ou du Handicap avec pour objectif de le conseiller sur les mesures à prendre pour aider le proche ou l'Aidé.

FILASSISTANCE communique les informations dont l'Aidant ou le proche de l'Aidé pourrait avoir besoin notamment sur les droits et démarches à effectuer.

FILASSISTANCE aide également l'Aidant ou le proche de l'Aidé à constituer le dossier de prise en charge lié à la Dépendance ou au Handicap, en lui indiquant les pièces justificatives et les bilans à transmettre pour obtenir une prise en charge publique ou privée.

Si l'Aidant ou le proche de l'Aidé le souhaite, **FILASSISTANCE** le met en relation avec les organismes concernés.

Les frais engagés auprès de ces organismes sont à la charge de l'Aidant ou de l'Aidé.

CNM – FILASSISTANCE

n°FIC23DEP0051

19 sur 23

12.2. ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

L'Aidant peut contacter l'Equipe médico-psycho-sociale de **FILASSISTANCE** qui lui assurera une écoute adaptée (**à concurrence de 3 entretiens téléphoniques maximum par Evènement**) et/ou l'orientera si nécessaire vers un professionnel assurant une prise en charge psychologique.

FILASSISTANCE remboursera la première consultation avec un psychologue de ville, dans la limite de 70 € TTC par Evènement.

12.3. PRISE EN CHARGE TEMPORAIRE DU PROCHE PARENT AIDE

Lorsque l'Aidant doit s'absenter, **FILASSISTANCE** recherche et réalise à sa demande un entretien téléphonique au sujet du Proche parent aidé dont il s'occupe avec pour objectif de le conseiller sur les mesures à prendre pour aider son Proche parent aidé.

FILASSISTANCE informera l'Aidant sur les différentes modalités de règlement des prestataires de services (paiement direct auprès de prestataires agréées pour bénéficier d'avantages fiscaux, avec ou sans chèque emploi-service universel...).

À partir de cet échange téléphonique avec l'Aidant, **FILASSISTANCE** établira un plan d'aide à Domicile et organisera des services au Domicile de son Proche parent aidé (livraison de repas, de courses, de médicaments, aide-ménagère etc.).

Les frais liés aux prestations mises en place pour le Proche parent aidé sont à la charge de l'Aidant.

12.4. AUXILIAIRE DE VIE EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 24 HEURES OU D'IMMOBILISATION SUPERIEURE A 48 HEURES SUITE A UN ACCIDENT OU A UNE MALADIE SOUDAIN DE L'AIDANT

FILASSISTANCE met à disposition et prend en charge une Auxiliaire de vie, à **concurrence de 10 heures maximum par jour pendant 3 jours maximum par Evènement**.

Un certificat médical devra être adressé à **FILASSISTANCE** avant la mise en œuvre de la prestation garantie.

La durée d'application de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de l'Aidant et de son Proche parent aidé, par le service médical de **FILASSISTANCE**.

12.5. AIDE A LA SOUSCRIPTION D'UN SERVICE DE TELEASSISTANCE

A la demande de l'Aidant ou de l'Aidé, **FILASSISTANCE** fait profiter l'Aidant ou l'Aidé de conditions préférentielles pour souscrire à un service de Téléassistance (PREVIFIL) et **prend en charge les frais de mise en service et 3 premiers mois d'abonnement par Evènement**.

12.6. AIDE A LA CONSTITUTION DU DOSSIER DE FINANCEMENT D'UN SERVICE DE TELEASSISTANCE

A la demande de l'Aidant ou de l'Aidé, un professionnel de l'Equipe médico-psycho-sociale de **FILASSISTANCE** pourra réaliser une évaluation de sa situation et l'aider dans les démarches à entreprendre auprès des organismes susceptibles de participer au financement de son service de Téléassistance (Conseil Général, Caisse de Retraite, Mairie etc.).

D. TABLEAU SYNOPTIQUE DES GARANTIES D'ASSISTANCE

PRESTATIONS ACCESSIBLES AU BENEFICIAIRE DES L'ADHESION	
<ul style="list-style-type: none"> Informations essentielles <ul style="list-style-type: none"> Informations d'ordre général Informations pratiques Renseignements réglementaires Renseignements vie pratique Renseignements divers dépannage Renseignements voyage Informations spécialisées 	
Informations téléphoniques	
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE AU DOMICILE D'UN BENEFICIAIRE	
<ul style="list-style-type: none"> Recherche d'un médecin, d'une infirmière ou d'un intervenant paramédical en France 	Mise en relation
<ul style="list-style-type: none"> Réservation de lit en milieu hospitalier et acheminement 	Organisation sans prise en charge
<ul style="list-style-type: none"> Acheminement des médicaments 	Avance du coût des médicaments et prise en charge des frais de transport
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE TRAITEMENT DE CHIMIOThERAPIE, RADIOTHERAPIE, CURIETHERAPIE, TRITHERAPIE OU QUADRITHERAPIE SUIVI PAR UN BENEFICIAIRE	
<ul style="list-style-type: none"> Aide à domicile 	2 heures maximum dans les 48 heures suivant chaque séance de soins dans la limite de 20 heures sur toute la durée du traitement
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION PREVUE OU IMPREVUE SUPERIEURE A 2 JOURS, D'IMMOBILISATION SUPERIEURE A 5 JOURS AU DOMICILE OU DE SEJOUR EN MATERNITE SUPERIEUR A 4 JOURS D'UN BENEFICIAIRE	
<ul style="list-style-type: none"> Aide à domicile 	10 heures maximum de travail effectif par Evènement réparties sur une période de 10 jours, à raison de 3 heures par jour maximum et dans les périodes précisées dans le détail des garanties de l'article C.
<ul style="list-style-type: none"> Garde ou transfert des enfants ou petits-enfants âgés de moins de 15 ans <ul style="list-style-type: none"> Garde à Domicile et conduite à l'école 	3 jours consécutifs maximum par Evènement
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> Ou Transfert A/R chez un proche 	1 Titre de transport par enfant, par Evènement
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> Ou Transfert A/R d'un proche au Domicile du Bénéficiaire 	1 Titre de transport par Evènement
<ul style="list-style-type: none"> Garde ou transfert des personnes dépendantes <ul style="list-style-type: none"> Garde à Domicile 	3 jours consécutifs maximum par Evènement
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> Ou Transfert A/R chez un proche 	1 Titre de transport par personne dépendante, par Evènement
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> Ou Transfert A/R d'un proche au Domicile du Bénéficiaire 	1 Titre de transport par Evènement
<ul style="list-style-type: none"> Garde des Animaux de compagnie 	30 jours maximum par Evènement. La prestation doit être mise en œuvre pendant

CNM – FILASSISTANCE

n°FIC23DEP0051

21 sur 23

	l'Hospitalisation, l'Immobilisation ou le séjour en maternité.
• Transmission des messages urgents	
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION PREVUE OU IMPREVUE SUPERIEURE A 2 JOURS OU D'IMMOBILISATION SUPERIEURE A 5 JOURS AU DOMICILE D'UN BENEFICIAIRE	
• Présence d'un proche	1 Titre de transport par Evènement
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION PREVUE OU IMPREVUE SUPERIEURE A 2 JOURS OU DE SEJOUR EN MATERNITE SUPERIEUR A 4 JOURS D'UN BENEFICIAIRE	
• Frais de télévision	10 jours maximum par Evènement
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE SEJOUR HOSPITALIER D'UN ADHERENT AGE DE 75 ANS ET PLUS	
• Téléassistance	3 mois d'abonnement (Prévifil) par Evènement
PRESTATION ACCESSIBLE A L'ENFANT MALADE DU BENEFICIAIRE	
• Garde de l'enfant âgé de moins de 15 ans du Bénéficiaire	30 heures maximum par Evènement
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'ABSENCE SCOLAIRE SUPERIEURE A 15 JOURS DE L'ENFANT MALADE OU ACCIDENTE DU BENEFICIAIRE	
• Ecole à Domicile	10 heures par semaine maximum
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION D'UN ENFANT DU BENEFICIAIRE	
• Garde ou transfert des autres enfants	
– Garde à Domicile et conduite à l'école	3 jours consécutifs maximum par Evènement
– <u>Ou</u> Transfert A/R chez un proche	1 Titre de transport par enfant, par Evènement
– <u>Ou</u> Transfert A/R d'un proche au Domicile du Bénéficiaire	1 Titre de transport par Evènement
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DECES D'UN BENEFICIAIRE	
• Informations obsèques et aide dans les démarches	Informations téléphoniques
• Aide à l'organisation des obsèques du Bénéficiaire	Informations téléphoniques
• Accompagnement dans les déplacements	150 € TTC maximum par Evènement
• Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 15 ans	
– Garde à Domicile et conduite à l'école	3 jours consécutifs maximum par Evènement
– <u>Ou</u> Transfert A/R chez un proche	1 Titre de transport par enfant, par Evènement
– <u>Ou</u> Transfert A/R d'un proche au Domicile du Bénéficiaire	1 Titre de transport par Evènement
• Garde ou transfert des ascendants	
– Garde à Domicile	3 jours consécutifs maximum par Evènement
– <u>Ou</u> Transfert A/R chez un proche	1 Titre de transport par ascendant, par Evènement
– <u>Ou</u> Transfert A/R d'un proche au Domicile du Bénéficiaire	1 Titre de transport par Evènement

• Garde des Animaux de compagnie	30 jours maximum par Evènement suivant le décès
• Avance des frais d'inhumation	3 100 € TTC par Evènement
• Rapatriement du corps (en cas de décès en France à plus de 100 Km du Domicile)	Frais réels
• Retour du Conjoint du Bénéficiaire décédé (en cas de décès en France à plus de 100 Km du Domicile)	1 Titre de transport par Evènement
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'AIDE A L'AIDANT	
• Informations, démarches et aide à la constitution de dossiers	Informations téléphoniques
• Accompagnement psychologique	3 entretiens téléphoniques maximum et/ou mise en relation avec un psychologue de ville, remboursement de la 1 ^{re} consultation dans la limite de 70 € TTC par Evènement
• Prise en charge temporaire du Proche parent aidé	Mise en relation
• Auxiliaire de vie en cas d'Hospitalisation supérieure à 24 heures ou d'Immobilisation supérieure à 48 heures suite à un Accident ou à une Maladie soudaine de l'Aidant	10 heures maximum par jour pendant 3 jours maximum par Evènement
• Aide à la souscription d'un service de Téléassistance	Prise en charge des frais de mise en service et les 3 premiers mois d'abonnement (Prévifil) par Evènement
• Aide à la constitution du dossier de financement d'un service de Téléassistance	Informations téléphoniques



FILASSISTANCE INTERNATIONAL
 Société Anonyme au capital de 4 100 000 €
 433 012 689 RCS NANTERRE
 Siège social : 108 Bureaux de la Colline,
 92213 SAINT-CLOUD Cedex
 Entreprise régie par le Code des Assurances

ANNEXE 5

DETAIL DES PRESTATIONS « AIDE AUX AIDANTS » DE FILASSISTANCE

Garanties	Prestations	Détail des prestations
Informations, démarches et aide à la constitution de dossiers	Informations téléphoniques	FILASSISTANCE réalise, à la demande de l'Assuré aidant ou d'un proche de l'Adhérent dépendant, un entretien téléphonique au sujet de la dépendance ou du Handicap avec pour objectif de le conseiller sur les mesures à prendre pour aider le proche ou l'Adhérent dépendant ou handicapé. FILASSISTANCE communique les informations dont l'Assuré aidant ou le proche de l'Adhérent dépendant pourrait avoir besoin notamment sur les droits et démarches à effectuer. FILASSISTANCE aide également l'Assuré aidant ou le proche de l'Adhérent dépendant à constituer le dossier de prise en charge lié à la dépendance ou au Handicap, en lui indiquant les pièces justificatives et les bilans à transmettre pour obtenir une prise en charge publique ou privée. Si l'Assuré aidant ou le proche de l'Adhérent dépendant le souhaite, FILASSISTANCE le met en relation avec les organismes concernés. Les frais engagés auprès de ces organismes sont à la charge de l'Assuré aidant ou de l'Adhérent dépendant
Accompagnement psychologique	3 entretiens téléphoniques maximum et/ou mise en relation avec un psychologue de ville. Prise en charge ou remboursement des frais de la 1ère consultation avec un psychologue de ville, dans la limite de 70 € TTC maximum	L'Adhérent et/ou son Conjoint peut contacter l'équipe médico-psychosociale de FILASSISTANCE qui lui assurera une écoute adaptée et/ou l'orientera si nécessaire vers un professionnel assurant une prise en charge psychologique. Filassistance rembourse la 1ère consultation avec un psychologue de ville, dans la limite de 70€ TTC maximum
Prise en charge temporaire du Proche parent aidé	Mise en relation	Lorsque l'Assuré aidant doit s'absenter, FILASSISTANCE recherche et réalise à sa demande un entretien téléphonique au sujet du Proche parent aidé dont il s'occupe avec pour objectif de le conseiller sur les mesures à prendre pour aider son Proche parent aidé. FILASSISTANCE informera l'Assuré aidant sur les différentes modalités de règlement des prestataires de services (paiement direct auprès de prestataires agréés pour bénéficier d'avantages fiscaux, avec ou sans chèque emploi-service universel, ...). À partir de cet échange téléphonique avec l'Assuré aidant, FILASSISTANCE établit un plan d'aide à Domicile et organise des services au Domicile de son Proche parent aidé (livraison de repas, de courses, de médicaments, aide-ménagère etc.). Les frais liés aux prestations mises en place pour le Proche parent aidé sont à la charge de l'Assuré aidant.
Auxiliaire de vie (en cas d'Hospitalisation supérieure à 24 heures ou d'Immobilisation supérieure à 48 heures suite à un Accident ou à une Maladie soudaine de l'Assuré aidant)	10 heures maximum par jour/pendant 3 jours maximum	FILASSISTANCE met à disposition et prend en charge une Auxiliaire de vie, dans les conditions prévues au contrat. Un certificat médical devra être adressé à FILASSISTANCE avant la mise en œuvre de la prestation garantie. La durée d'application de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de l'Assuré aidant et de son Proche parent aidé, par le service médical de FILASSISTANCE.
Aide à la souscription d'un service de Téléassistance	Abonnement à conditions privilégiées : Prise en charge des frais de mise en service + 3 mois de service offerts (Prévifil)	A sa demande, FILASSISTANCE fait profiter l'Assuré aidant ou l'Adhérent dépendant de conditions préférentielles pour souscrire à un service de Téléassistance (PREVIFIL) : frais de mise en service et 3 premiers mois d'abonnement offerts.
Aide à la constitution du dossier de financement d'un service de Téléassistance	Informations téléphoniques	A la demande de l'Assuré aidant ou de l'Adhérent dépendant, une assistante sociale de FILASSISTANCE pourra réaliser une évaluation de sa situation et l'aider dans les démarches à entreprendre auprès des organismes susceptibles de participer au financement de son service de Téléassistance (Conseil Général, Caisse de Retraite, Mairie etc.).

Nouveau service inclus dans votre contrat !

Des médecins disponibles 24h/24 et 7j/7 pour vous.

Votre médecin n'est pas joignable ? Les délais de rendez-vous sont longs ? La Mutuelle CNM Santé vous permet de contacter un praticien en téléconsultation grâce à Medaviz.

CREEZ VOTRE COMPTE

Inclus dans votre garantie santé, ce service vous permet de joindre instantanément un médecin par téléphone pour toutes vos questions de santé au quotidien.

Le service Medaviz :

- Des médecins disponibles sans rendez-vous 24h/24 et 7j/7.
- Plus de 20 spécialités disponibles (généraliste, pédiatre, gynécologue, psychologue ...).
- 250 professionnels de santé diplômés en France à votre écoute.



Pour parler à un médecin :

Composez le **09 78 46 02 19**
Appel non surtaxé.

Ou téléchargez l'application Medaviz,
disponible gratuitement sur les stores.



[Guide utilisateur >>>](#)

Votre parcours d'inscription

Sur votre ordinateur

Via la page web Medaviz dédiée
medaviz.com/cnmsante

Etape 2

Le bénéficiaire complète le formulaire d'inscription (nom, prénom, numéro de téléphone, adresse mail, civilité, date de naissance).
 Le numéro de téléphone renseigné peut être un numéro de portable ou un numéro de fixe. Il sera celui identifié chez Medaviz et à partir duquel le bénéficiaire pourra joindre les médecins.

Etape 1

Le bénéficiaire renseigne son code d'activation en saisissant les chiffres du numéro d'adhérent de l'assuré principal suivis des 4 chiffres de son année de naissance, et clique sur "Activer".

Etape 3

Le bénéficiaire reçoit un SMS lui confirmant son inscription et lui indiquant : le numéro à composer pour joindre les médecins, le lien de téléchargement de l'application Medaviz et son mot de passe temporaire pour s'y connecter.

Appel via l'application Medaviz

Etape 1

Appel via l'application Medaviz
 Le bénéficiaire se connecte à l'application en saisissant le numéro de mobile et le mot de passe qu'il a personnalisé lors de la création de son compte.

Etape 2

- 1) Il clique sur le service souhaité.
- 2) Il choisit la spécialité désirée. Les spécialités sont affichées en temps réel. Si la spécialité demandée n'est pas disponible, l'appel est automatiquement redirigé vers un médecin généraliste.
- 3) Si besoin, il ajoute des photos ou documents (png, jpg, pdf) puis clique sur "Appeler le médecin". Un praticien répond à l'appel dans un délai de moins de 3 min.

Téléphone



Par téléphone fixe ou mobile en composant le **09 78 46 02 19**

Le bénéficiaire saisit sur son clavier téléphonique les chiffres du **numéro de l'adhérent principal** suivis des **4 chiffres** de son année de naissance et termine par #.

[Complément d'information >>>](#)

Ordonnance

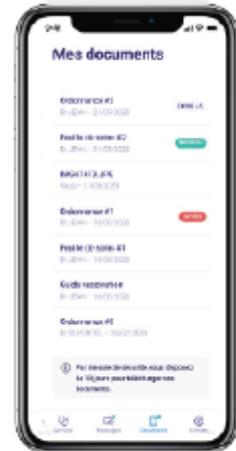
Suite à la consultation, le médecin peut prescrire une ordonnance s'il le juge possible et nécessaire.*

Le bénéficiaire retrouve sa prescription, dans la rubrique "Documents" de l'application.

L'ordonnance est également adressée par lien sécurisé, à l'adresse mail renseignée par le bénéficiaire lors de son inscription en ligne ou indiquée au médecin si le compte a été activé en téléphonie.

La prescription est accessible pendant 10 jours.

*Les médecins Medaviz sont habilités à délivrer des ordonnances à distance. Cependant, l'émission d'une ordonnance reste à leur libre appréciation dans la mesure où les professionnels de santé ne connaissent pas les antécédents du patient et l'échange ne donne pas lieu à un examen clinique.



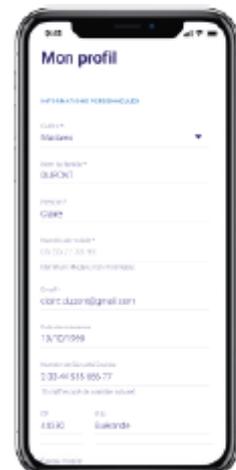
Gestion du compte

Le bénéficiaire peut gérer son profil depuis l'application Medaviz.

En cliquant sur « Compte » en bas à droite puis sur « Profil », il a la possibilité de modifier les informations suivantes :

- Nom
- Prénom
- Date de naissance
- Civilité

Un lien vers une aide en ligne et le support Medaviz sont aussi accessibles depuis cette page, dans la rubrique "Assistance".



Création de comptes pour les ayants droit

Les ayants droit du bénéficiaire peuvent également créer un compte Medaviz.

Pour cela, il leur suffit de suivre la même procédure que l'assuré principal, à savoir :

- Créer leur compte via medaviz.com/cnmsante ou depuis leur téléphone
- Utiliser leur code d'activation composé du numéro d'adhérent de l'adhérent principal suivi des 4 chiffres de leur année de naissance
- Compléter le formulaire en ligne avec leur propre numéro de téléphone et leurs informations personnelles. 5 comptes Medaviz peuvent ainsi être créés pour les ayants droit.



Avant une décision médicale importante,
prenez l'avis d'un médecin spécialisé dans votre maladie.

Est-ce que le traitement
proposé est adapté ?

Le diagnostic fait
à ma fille est-il le bon ?



Dois-je me faire opérer du dos
pour soulager mes douleurs ?

deuxiemeavis.fr
Des experts pour éclairer vos décisions de santé

CREEZ VOTRE COMPTE

L'avis d'un médecin spécialisé sur dossier, en ligne,
en moins de 7 jours, sous forme d'un **compte rendu signé**.

Particulièrement **adapté** pour les personnes à
mobilité réduite et éloignées des lieux d'expertise médicale

[Guide utilisateur >>>](#)

Votre avis médical en 5 étapes



Assistance téléphonique
01 81 80 00 48

de 9h à 18h du lundi au vendredi

 **+250**

Médecins référencés

 **+650**

Pathologies couvertes

 **HADS**

Service entièrement sécurisé

 **Pris en charge**

100% par la Mutuelle CNM Santé