



NOTICE D'INFORMATION

ADEP SANTÉ *Entreprise*

ENTREPRISE TITULAIRE DU CONTRAT :

COLLÈGE :

CHAPITRE 1 : DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....1

ARTICLE 1 : DÉFINITIONS.....1

1.1	Personne morale souscriptrice.....	1
1.2	Membres participants.....	1
1.3	Ayants droit.....	1
1.4	Bénéficiaires des prestations.....	1
1.5	Délai de carence.....	1

ARTICLE 2 : QUEL EST L'OBJET DU CONTRAT ?.....1

ARTICLE 3 : QUELS SONT LES ASSURÉS AU TITRE DES

GARANTIES ?.....2

ARTICLE 4 : COMMENT VOUS AFFILIER ?2

ARTICLE 5 : DISPENSES D'AFFILIATION.....2

ARTICLE 6 : QUE FAIRE EN CAS DE CHANGEMENT DE SITUATION ?.....2

ARTICLE 7 : QUAND DÉBUTENT LES GARANTIES ?.....2

ARTICLE 8 : QUAND CESSENT LES GARANTIES ?.....2

ARTICLE 9 : COMMENT SONT PAYÉES LES COTISATIONS ? 3

ARTICLE 10 : QUELLES SONT LES CONSÉQUENCES DU DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS.....4

10.1	En cas de précompte de la cotisation par votre employeur.....	4
10.2	En l'absence de précompte de la cotisation par votre employeur.....	4

ARTICLE 11 : QU'EST-CE QUE LA RÉVISION ?.....4

ARTICLE 12 : QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE SUSPENSION DE VOTRE CONTRAT DE TRAVAIL ?.....4

12.1	Suspension du contrat de travail donnant lieu à indemnisation.....	4
12.2	Suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à indemnisation.....	4

ARTICLE 13 : QUEL EST LE DÉLAI DE PRESCRIPTION ?.....5

ARTICLE 14 : MUTUELLE BLEUE EST-ELLE SUBROGÉE DANS VOS DROITS ?.....5

ARTICLE 15 : QUELLE EST LA LOI APPLICABLE ?.....5

ARTICLE 16 : QUELLES CONSÉQUENCES EN CAS DE FAUSSES DÉCLARATIONS ?.....5

ARTICLE 17 : QUELLES RÈGLES EN MATIÈRE DE PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES ?.....6

ARTICLE 18 : QUELLES RÈGLES EN MATIÈRE DE LUTTE ANTI-BLANCHIMENT DE CAPITAUX ?.....6

ARTICLE 19 : COMMENT FORMULER UNE RÉCLAMATION ?...6

ARTICLE 20 : A QUEL ORGANISME DE CONTRÔLE SONT SOUMIS L'ADEP ET MUTUELLE BLEUE ?.....7

ARTICLE 21 : COMMENT PUIS-JE M'OPPOSER AU DÉMARCHÉ TÉLÉPHONIQUE ?.....7

ARTICLE 22 : A QUI DOIS-JE M'ADRESSER CONCERNANT LA GESTION DE MES GARANTIES ?.....7

CHAPITRE 2 : LES GARANTIES ET LEURS MODALITÉS.....7

ARTICLE 23 : GARANTIES « FRAIS DE SANTÉ ».....7

23.1	Définitions.....	7
23.2	Dispositions générales.....	8
23.3	Dispositions particulières.....	8
23.3.1	Justificatifs à fournir.....	8
23.3.2	Prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins.....	8
23.3.3	Prise en charge des prestations optiques.....	8
23.3.4	La prestation « Lentille ».....	10
23.3.5	La prise en charge des prestations dentaires.....	10
23.3.6	La prise en charge des prestations d'aides auditives.....	10
23.3.7	Précisions concernant l'hospitalisation.....	11
23.3.8	Précisions concernant les paramédicaux.....	11
23.4	Quelle est la Base de Remboursement ?.....	11
23.5	Comment s'effectuent vos remboursements ?.....	11

23.5.1 Télétransmission.....

23.5.2 Envoi de justificatifs à défaut de Télétransmission...12

23.6 Quand s'effectue le paiement des prestations ?.....12

23.7 Quelles sont les modalités du contrôle médical ?.....12

23.8 Qu'est-ce que le Tiers Payant ?.....12

23.9 Comment fonctionne le Tiers Payant ?.....12

23.10 Quelle est la limite aux remboursements ?.....12

23.11 Quelles sont les exclusions ?.....13

23.11.1. Les actes non pris en charge par le Régime

Obligatoire et actes antérieurs à l'adhésion.....13

23.11.2. Les actes liés au parcours de soins coordonnés.....13

ARTICLE 24 : GARANTIE « TÉLÉCONSULTATION

MÉDICALE ».....13

CHAPITRE 3 : PRESTATIONS ADDITIONNELLES...13

ARTICLE 25 : LA GARANTIE « INDEMNITÉS FUNÉRAIRES »...13

25.1 Quels sont les risques couverts par la prestation «

Indemnités Funéraires » ?.....13

25.2 Quelles formalités accomplir pour le versement de l'indemnité ?.....14

25.3 Application de la Garantie - Bénéficiaires.....14

25.4 Quels sont les cas d'exclusions ?.....15

25.5 Quel est le terme des garanties ?.....15

ARTICLE 26 : GARANTIE « CAPITAL CANCER ».....15

26.1 Quels sont les risques couverts par la prestation « Capital

Cancer » ?.....15

26.2 Définitions.....15

26.3 Quelles formalités accomplir pour le versement du capital ?...15

26.4 Paiement de la prestation.....15

26.5 Contrôle médical.....15

26.6 Quels sont les cas d'exclusions ?.....15

26.7 Quel est le terme des garanties ?.....16

ARTICLE 27 : GARANTIE « ALLOCATION NAISSANCE »

ET « ALLOCATION MARIAGE ».....16

27.1 Allocation naissance.....16

27.2 Allocation mariage.....16

ARTICLE 28 : GARANTIES «PROTECTION JURIDIQUE »

ET « ASSISTANCE ».....16

CHAPITRE 4 : PORTABILITÉ DES GARANTIES :

ARTICLE L. 911-8 DU CODE DE LA SÉCURITÉ

SOCIALE.....16

ARTICLE 29 : QUI PEUT EN BÉNÉFICIER ?.....16

ARTICLE 30 : QUELLES SONT LES CONDITIONS

D'OUVERTURE DES DROITS ?.....16

ARTICLE 31 : QUELLES SONT LA DATE DE PRISE D'EFFET ET

LA DURÉE DU MAINTIEN ?.....17

ARTICLE 32 : QUELLES SONT LES CONDITIONS DE

MAINTIEN ?.....17

ARTICLE 33 : QUELLES SONT LES CONDITIONS DE LA

CESSATION DU MAINTIEN ?.....17

ARTICLE 34 : QUELLES SONT LES MODALITÉS DE

FINANCEMENT DU MAINTIEN ?.....17

ARTICLE 35 : QUELLE EST LA DÉFINITION DES

PRESTATIONS ?.....17

ARTICLE 36 : QUELLE EST L'ASSIETTE DES

PRESTATIONS ?.....17

ARTICLE 37 : QUELLES SONT LES OBLIGATIONS DE

L'EMPLOYEUR ?.....17

ARTICLE 38 : QUELLES SONT LES CONSÉQUENCES DE LA

RÉSILIATION DU CONTRAT ?.....18

ANNEXE 1 : PROTECTION JURIDIQUE ADEP SANTÉ.....19-21

ANNEXE 2 - ADEP ASSISTANCE SANTÉ.....22

ANNEXE 3 - TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE.....23-24

CHAPITRE 1 : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Cette Notice d'information a pour objet de décrire les modalités de fonctionnement de votre contrat. Votre contrat est géré par le Délégué de gestion mentionné à l'article 22, ci-après dénommé « ADEP ».

ARTICLE 1 : DÉFINITIONS

Chaque terme ou expression mentionné(e) ci-après, lorsqu'il ou elle est employé(e) avec une majuscule, a la signification suivante :

1.1 Personne morale souscriptrice

La Personne morale souscriptrice (ci-après également dénommé « votre employeur ») est la personne morale ayant souscrit le contrat collectif « Frais de santé », au profit de tout ou partie de ses salariés auprès de Mutuelle Bleue (ci-après dénommée « Mutuelle Bleue » ou « la Mutuelle »).

1.2 Membres participants

Il s'agit de vous, personne physique qui bénéficie des prestations de la Mutuelle et en outre, le cas échéant, le droit à leurs Ayants droit.

1.3 Ayants droit

Les Ayants droit sont des personnes bénéficiant des prestations complémentaires maladie de la Mutuelle, non à titre personnel mais du fait de leurs liens avec vous. Les personnes comprises sous le terme d'Ayants droit sont les membres de votre famille, tels que définis dans les Statuts de Mutuelle Bleue.

Sont considérés comme vos Ayants droit :

- le conjoint exerçant ou non une activité professionnelle,
- le concubin vivant maritalement avec l'affilié, exerçant ou non une activité professionnelle, dans la mesure où l'affilié et le concubin sont libres de tout autre lien extérieur (célibataires, veufs ou divorcés). Une déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire, indiquant le numéro de Sécurité sociale de l'affilié et de son concubin, devra être adressée à ADEP,
- le cocontractant d'un Pacte Civil de Solidarité, sur présentation d'une copie du récépissé de l'enregistrement du Pacte Civil de Solidarité ou d'une copie de la Convention,
- les enfants à charge au sens de l'article L. 161-1 du Code de la Sécurité sociale mais

également les enfants jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 28e anniversaire justifiant de la qualité :

- o d'étudiant ;
- o d'apprenti ;
- o de chercheur d'emploi ;
- o de personne handicapée ayant un taux d'incapacité permanente d'au moins 80% et ne pouvant prétendre au versement de l'allocation aux adultes handicapés ;
- o de bénéficiaire d'un contrat de professionnalisation ;
- o de bénéficiaire d'un contrat d'insertion,
- à la demande expresse du représentant légal, la personne vivant sous le toit de l'assuré social et à sa charge, et les ascendants, descendants et collatéraux.

1.4 Bénéficiaires des prestations

Les Bénéficiaires des prestations, également dénommés « Assurés » sont définis aux Conditions particulières du contrat.

Cette notion doit être distinguée de celle de bénéficiaire de la garantie « Indemnité funéraire » laquelle renvoie à la personne désignée par l'Assuré, au titre de la prestation et à laquelle sera versée, le cas échéant, ladite prestation.

1.5 Délai de carence

Le Délai de carence est la période qui suit la date d'effet du contrat et pendant laquelle l'Assuré ne peut bénéficier de tout ou partie des garanties souscrites. Il est entendu qu'en cas d'adhésion postérieure d'un Ayant droit, la date prise en compte pour ce dernier sera celle matérialisée dans le certificat d'adhésion

ARTICLE 2 : QUEL EST L'OBJET DU CONTRAT ?

Les dispositions du présent Contrat déterminent les conditions dans lesquelles Mutuelle Bleue assure, dans le respect de ses statuts et du Code de la mutualité, ses garanties « frais de santé », dans un cadre collectif.

Ces garanties « frais de santé » incluent un service de Téléconsultation médicale assuré par Mutuelle Bleue en partenariat avec AXA ASSISTANCE France.

En fonction du niveau de garantie choisi par l'employeur, des garanties « Assistance », « Protection juridique », « Indemnités funéraires », « Allocation naissance », « Allocation mariage » et « Capital Cancer » pourront s'ajouter.

ARTICLE 3 : QUELS SONT LES ASSURÉS AU TITRE DES GARANTIES ?

Le présent Contrat a été conclu entre votre employeur et ADEP afin de vous faire bénéficier des garanties «frais de santé» ainsi que, le cas échéant, de prestations additionnelles.

Le Contrat couvre également vos Ayants droit tels que ci-dessus définis, à titre obligatoire ou facultatif.

Les Ayants droit inscrits au Contrat à titre facultatif, doivent demeurer inscrits pour une durée minimale de douze (12) mois suivant la date de signature du Bulletin Individuel d’Affiliation. Au-delà de la durée minimale de douze (12) mois, et hormis les cas de perte de la qualité d’Ayant droit, vous pouvez demander la cessation des garanties à l’égard d’un ou plusieurs Ayants droit, chaque année, par courrier recommandé avec accusé de réception adressé à ADEP, deux (2) mois au moins avant la fin de l’année civile, pour une prise d’effet au 1er janvier de l’année suivante.

NOTA : Les Assurés à titre obligatoire ne peuvent résilier leur adhésion de manière individuelle et de leur propre fait.

ARTICLE 4: COMMENT VOUS AFFILIER ?

Votre adhésion et le cas échéant, celle de vos Ayants droit se matérialise par la signature d’un Bulletin Individuel d’Affiliation, daté et signé par vos soins puis validé et transmis à l’ADEP par votre employeur.

Vous devez joindre à votre Bulletin Individuel d’Affiliation :

- une photocopie de votre attestation de droits adressée par l’organisme de Sécurité sociale lors de la délivrance de votre Carte Vitale ainsi que, le cas échéant, celle de vos Ayants droit qui sont assurés sociaux à titre personnel,
 - Un Relevé d’Identité Bancaire afin de permettre le virement direct des prestations sur votre compte.
 - dans le cadre d’une adhésion facultative des Ayants droit, un mandat de prélèvement SEPA uniquement dans le cas d’un prélèvement direct sur votre compte bancaire.
- S’il y a lieu, vous devez nous transmettre :
- pour votre concubin : une déclaration sur l’honneur signée par vous et votre concubin certifiant que le concubinage est notoire, indiquant vos deux numéros de Sécurité sociale ;
 - pour le partenaire lié par un PACS : d’une copie du récépissé de l’enregistrement du Pacte Civil de Solidarité ou d’une copie de la

Convention.

Si vous ne souhaitez pas bénéficier de la Télétransmission, telle que mentionnée à l’article 22.3 de la présente Notice, de vos décomptes par la Sécurité sociale à Mutuelle Bleue (procédure Noémie), précisez-le à ADEP.

Les informations et documents contractuels peuvent vous être transmis sur un support durable autre que le papier. Sauf à ce que le service fourni soit de nature exclusivement électronique, vous pouvez vous opposer à l’utilisation de ce support dès l’entrée en relation ou à n’importe quel moment.

ARTICLE 5 : DISPENSES D’AFFILIATION

Vous pouvez être dispensé de vous affilier en application des textes en vigueur relatifs au cas de dispenses dits de « plein droit ».

Au-delà des cas desdits cas de dispense, les dispenses d’affiliation possibles sont celles prévues par l’acte fondateur du régime de prévoyance (décision unilatérale de l’employeur, accord ratifié à la majorité des intéressés ou convention ou accord collectif).

Il convient de vous rapprocher de votre employeur pour connaître les dispenses prévues.

ARTICLE 6 : QUE FAIRE EN CAS DE CHANGEMENT DE SITUATION ?

Signalez immédiatement à l’ADEP tout changement relatif à la gestion de votre dossier (changement de situation familiale, d’adresse, de CPAM, de coordonnées bancaires, de perte ou vol de votre carte de Tiers Payant etc.) accompagné des justificatifs nécessaires.

ARTICLE 7 : QUAND DÉBUTENT LES GARANTIES ?

Elles débutent à la date à laquelle les conditions d’adhésion sont remplies (cette date est portée sur le Bulletin Individuel d’Affiliation).

ARTICLE 8 : QUAND CESSENT LES GARANTIES ?

Vos garanties cessent :

- À la date d’effet de la résiliation du contrat par la Personne morale souscriptrice ou par Mutuelle Bleue.
- À la date de rupture de votre contrat de travail ou de passage dans une catégorie de personnel non visée par l’acte juridique instituant le régime de prévoyance,

Les garanties cessent à l’égard de vos Ayants

droit :

- À la date de cessation de vos garanties,
- À la date à laquelle ils ne répondent plus aux conditions leur conférant la qualité d'Ayants droit.

Toutefois, les garanties peuvent être maintenues à votre profit et le cas échéant, de vos Ayants droit dans le cadre de deux mécanismes :

• **Article 4 de la Loi Evin**

Lorsque vous êtes collectivement assuré soit sur la base d'une convention ou accord collectif, soit à la suite de la ratification par la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise, soit par décision unilatérale de l'employeur, vous pouvez demander en cas de rupture de votre contrat de travail, ou vos Ayants droit lorsque vous décédez, un maintien de la couverture santé au titre de l'article 4 de la Loi n°89-1009, dite « Loi Evin » du 31 décembre 1989, dans le cadre d'un contrat d'accueil « Loi Evin ».

- En cas de rupture du contrat de travail

Vous devez en faire la demande dans les six (6) mois suivant la rupture du contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six (6) mois suivant l'expiration de la période durant laquelle vous bénéficiez à titre temporaire du maintien des garanties. La couverture vous est accordée lorsque votre contrat de travail est rompu et que vous êtes bénéficiaire d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, si vous êtes privé d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans limitation de durée.

- A votre décès

Vos Ayants droit doivent faire la demande de maintien dans les six (6) mois suivant votre décès. La couverture est accordée aux Ayants droit pendant douze (12) mois à compter de votre décès.

- Proposition de maintien

Votre employeur informera ADEP de cette demande afin que ce dernier puisse adresser la proposition de maintien de couverture aux personnes concernées.

L'ADEP vous adresse la proposition de maintien de la couverture au plus tard dans le délai de deux (2) mois à compter de la date de cessation de votre contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire, ou de votre date décès pour vos Ayants droit

- Modalités et conditions tarifaires des contrats « Loi Evin » :

Les garanties sont identiques à celles dont bénéficiait l'ancien salarié au titre du présent Contrat.

Les tarifs applicables seront identiques aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs au moment de la rupture du contrat de travail, lors de la première année du Contrat « Loi Evin », et ne pourront évoluer que dans les limites fixées par les dispositions réglementaires en vigueur.

• **Portabilité : Article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale**

En cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage (rupture du contrat hors licenciement pour faute lourde), vous pouvez bénéficier du maintien des garanties complémentaires santé et prévoyance, sous réserve du respect des conditions fixées par la présente Notice, pour une durée maximale de douze (12) mois.

ARTICLE 9 : COMMENT SONT PAYÉES LES COTISATIONS ?

Votre employeur est seul responsable du paiement de vos cotisations et le cas échéant celles de vos Ayants droit ayant adhéré de manière obligatoire au présent Contrat, y compris en ce qui concerne la part salariale éventuelle. Les cotisations précomptées par votre employeur sont versées par ses soins à ADEP.

En cas d'adhésion de vos Ayants droit à titre facultatif, votre employeur n'assure pas le paiement des cotisations. Vous êtes seul responsable du paiement des cotisations de vos Ayants droit ayant adhéré de manière facultative au présent Contrat, et/ou le cas échéant, lorsque votre employeur ne s'est pas engagé au précompte d'une partie de votre cotisation. Dans cette hypothèse, les cotisations doivent être acquittées directement par vos soins, mensuellement, par prélèvement sur votre compte bancaire ou par chèque.

Le versement des prestations est subordonné au paiement des cotisations. En cas de non-paiement des cotisations, vos garanties pourront se trouver suspendues, sauf à ce que vous vous substituiez à votre employeur conformément aux dispositions inscrites à l'article 10.

En cas de suspension du contrat de travail, les modalités de paiement sont définies à l'article 12.

ARTICLE 10 : QUELLES SONT LES CONSÉQUENCES DU DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS ?

10.1 En cas de précompte de la cotisation par votre employeur

En cas de non-paiement des cotisations dans les dix (10) jours suivant leur échéance, l'ADEP adressera à votre employeur une mise en demeure détaillant les conséquences du non-paiement.

Mutuelle Bleue, par l'intermédiaire de l'ADEP, pourra suspendre les garanties dans un délai de trente (30) jours à compter de l'envoi de cette mise en demeure.

Les garanties seront réliées dans un délai de dix (10) jours à compter de l'expiration du délai suscit.

L'ADEP vous informera de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la lettre de mise en demeure à l'employeur. Vous pourrez vous substituer à ce dernier pour le paiement des cotisations.

10.2 En l'absence de précompte de la cotisation par votre employeur :

Lorsque votre employeur n'assure pas le précompte des cotisations ou d'une partie des cotisations, si vous ne payez pas la cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, vous pourrez faire l'objet d'une exclusion et/ou, le cas échéant, vos Ayants droit ayant adhéré de manière facultative.

L'exclusion peut intervenir dans un délai de quarante (40) jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre doit être envoyée dix (10) jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, vous êtes informé(e) qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner votre exclusion et/ou le cas échéant, de vos Ayants droit ayant adhéré de manière facultative.

La procédure prévue à l'article 10.1 est applicable à votre employeur qui ne paie pas sa part de cotisation. Dans ce cas, ADEP vous informe de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la lettre recommandée susmentionnée et vous rembourse, le cas échéant, la fraction de

cotisation afférente au temps pendant lequel Mutuelle Bleue ne couvre plus le risque.

ARTICLE 11 : QU'EST-CE QUE LA RÉVISION ?

Les garanties et la tarification du contrat sont établies sur la Base de Remboursement la législation et de la réglementation en vigueur. Si ultérieurement, de nouvelles dispositions législatives ou réglementaires ou conventionnelles venaient à rompre l'équilibre du contrat, il serait procédé, le cas échéant en cours d'année, aux réajustements appropriés de tarifs ou de prestations face notamment aux nouvelles obligations laissées à la charge des organismes complémentaires. Il s'agit là d'une révision des stipulations contractuelles.

ARTICLE 12 : QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE SUSPENSION DE VOTRE CONTRAT DE TRAVAIL ?

12.1 Suspension du contrat de travail donnant lieu à indemnisation

Le bénéfice des garanties est maintenu dans le cas d'une suspension du contrat de travail donnant lieu à indemnisation pendant toute la période au titre de laquelle vous bénéficiez :

- soit d'un maintien, total ou partiel, de salaire ;
- soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par votre employeur.

L'employeur maintient sa contribution pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée mais vous devez vous acquitter de votre part de cotisation dans les conditions prévues aux Conditions particulières du Contrat.

Dans les cas où le prélèvement sur salaire ne serait pas possible (ex : absence de versement d'un salaire), vous devrez fournir un mandat de prélèvement SEPA à l'employeur, qui reversera la totalité de la cotisation (part patronale et part salariale) à ADEP.

12.2 Suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à indemnisation

En cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à indemnisation (notamment congé sabbatique, congé parental d'éducation ou autres), le maintien des garanties et de la contribution employeur est facultatif. Il convient de vous rapprocher de votre employeur.

ARTICLE 13 : QUEL EST LE DÉLAI DE PRESCRIPTION ?

Conformément à l'article L. 221-11 du Code de la Mutualité, toute action dérivant du présent contrat se prescrit par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du Membre Participant que du jour où Mutuelle Bleue ou l'ADEP en a eu connaissance ;

2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Dans le cadre des opérations collectives, la prescription est portée à cinq (5) ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

En cas de réalisation du risque, le délai ne court que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'Ayant droit contre Mutuelle Bleue a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le Membre participant ou l'Ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci. La prescription peut être interrompue par une des causes d'interruption (à savoir notamment la demande en justice et la reconnaissance des droits de l'Assuré par Mutuelle Bleue) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'ADEP au Membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le Membre participant, le bénéficiaire ou l'Ayant droit à l'ADEP, en ce qui concerne le règlement de la prestation. La prescription est portée à dix (10) ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1 du Code de la mutualité, le bénéficiaire n'est pas le Membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les Ayants droit du Membre participant décédé. La prescription est suspendue à compter du

jour où les Parties à un litige conviennent de recourir au médiateur, ou à défaut d'accord, à compter du jour de la saisine du médiateur par l'une ou l'autre des Parties. Le délai de prescription recommence à courir, à compter de la date à laquelle soit l'une des Parties ou les deux ou soit le médiateur, déclarent que la médiation est terminée.

ARTICLE 14 : MUTUELLE BLEUE EST-ELLE SUBROGÉE DANS VOS DROITS ?

Conformément à l'article L. 224-9 du Code de la mutualité, pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, Mutuelle Bleue est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des Membres participants, des bénéficiaires ou des Ayants droit contre les tiers responsables.

Afin de permettre à Mutuelle Bleue de pouvoir exercer son droit de subrogation, par l'intermédiaire de l'ADEP, vous et vos Ayants droit vous engagez à informer l'ADEP de toute demande de remboursement faisant suite à un Accident mettant en cause un tiers afin de permettre à Mutuelle Bleue d'exercer son recours contre celui-ci ou contre son assureur.

ARTICLE 15 : QUELLE EST LA LOI APPLICABLE ?

La loi applicable au contrat est la loi française. En tout état de cause, les garanties visées par la présente Notice sont régies par le Livre II du Code de la Mutualité et les dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

ARTICLE 16 : QUELLES CONSÉQUENCES EN CAS DE FAUSSES DÉCLARATIONS ?

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie qui vous est accordée est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour Mutuelle Bleue, alors même que le risque omis ou dénaturé par vous a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à Mutuelle Bleue qui a droit, par l'intermédiaire de l'ADEP, au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

En cas de déclaration frauduleuse de sinistre, Mutuelle Bleue et l'ADEP ne sont redevables d'aucune prestation même pour

la part correspondant, le cas échéant, à un sinistre réel.

ARTICLE 17 : QUELLES RÈGLES EN MATIÈRE DE PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES ?

Les informations recueillies dans le cadre de l'adhésion au Contrat d'assurance font l'objet d'un traitement informatique ou manuel et sont utilisées par Mutuelle Bleue et ADEP pour la gestion de leur relation avec l'Assuré et l'exécution du contrat. Toutes ces informations sont nécessaires au traitement du Contrat d'assurance dès lors qu'elles ne sont pas indiquées expressément comme facultatives. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement du dossier.

Ces informations peuvent également être utilisées aux fins d'études statistiques, de prévention de la fraude ou d'obligations légales et à des fins commerciales (sauf opposition).

Elles sont destinées à Mutuelle Bleue et ADEP en tant que responsables du traitement et, éventuellement, leurs mandataires, partenaires et/ou réassureur de Mutuelle Bleue. Ces données sont potentiellement accessibles par des fournisseurs logiciels ou réseaux en raison de l'exécution d'un contrat de prestation. La base légale du traitement des données personnelles recueillies est l'exécution du Contrat d'assurance. Toute autre base légale est inscrite aux contrats, bulletins d'adhésion, ou tout autre document contractuel que l'Assuré est tenu de respecter.

La Mutuelle et ADEP prennent toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles.

Conformément à la Loi informatique et libertés du 06 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, l'Assuré dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données les concernant, ainsi que du droit de demander la limitation du traitement dans les conditions visées par le Règlement précité. Il peut également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données le concernant.

L'Assuré peut exercer ses droits en s'adressant à : DPO (ANAXIL) ADEP, 574 route de Corneilhan

- CS 80618 - 34535 BÉZIERS ou par e-mail à dpo@adep.com.

En outre, l'Assuré a la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données à caractère personnel, applicables après son décès.

Les données à caractère personnel ne sont pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la finalité de leur traitement, sous réserve du respect des délais de conservation rendus nécessaires par la loi (notamment par l'effet des prescriptions légales).

En cas de désaccord, l'Assuré peut introduire une réclamation auprès de la CNIL concernant la protection de leurs données personnelles, à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés - 3 place de Fontenoy 75007 Paris.

ARTICLE 18 : QUELLES RÈGLES EN MATIÈRE DE LUTTE ANTI-BLANCHIMENT DE CAPITAUX ?

L'ADEP ainsi que Mutuelle Bleue s'engagent à respecter l'ensemble des obligations légales et réglementaires relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. A ce titre, ils sont tenus de déclarer auprès de l'autorité compétente toute somme inscrites dans ses livres ou les opérations sur des sommes dont ils savent, soupçonnent ou ont de bonnes raisons de soupçonner qu'elles proviennent d'une infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un (1) an ou sont liées au financement du terrorisme.

ARTICLE 19 : COMMENT FORMULER UNE RÉCLAMATION ?

En cas de difficultés liées à l'application de la présente Notice d'information, les Assurés peuvent contacter :

- En première instance : au Service Réclamation au
04 67 30 72 67 ;

- En cas de difficultés persistantes par :

• Courrier :

ADEP Service Réclamation

574 Route de Corneilhan

CS 80618 34535 Béziers Cedex

• Mail : servicereclamation@adep.com

ADEP s'engage à accuser réception de la réclamation dans un délai de dix (10) jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation et à y répondre dans un délai de deux (2) mois à compter de la date de réception

de la réclamation.

- En dernier recours, si après épuisement de toutes les procédures internes d'ADEP, un désaccord subsiste, et que l'Adhérent(e), l'Assuré(e) ou le Bénéficiaire n'a pas saisi les tribunaux, il aura toujours la faculté de faire appel au Médiateur de la consommation de la Mutualité Française avec les coordonnées suivantes :

• Courrier :

Monsieur le Médiateur de la consommation
de la Mutualité Française
FNMF

255 rue de Vaugirard
75719 PARIS CEDEX 15

• Mail : mediation@mutualite.fr

• Accès au site :

<https://www.mediateur-mutualite.fr>

La proposition du Médiateur de la consommation de la Mutualité Française sera communiquée à ADEP, écrite et motivée.

ARTICLE 20 : A QUEL ORGANISME DE CONTRÔLE SONT SOUMIS L'ADEP ET MUTUELLE BLEUE ?

Conformément au Code des assurances et au Code de la mutualité, l'ADEP et Mutuelle Bleue exercent leur activité sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 Place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

ARTICLE 21 : COMMENT PUIS-JE M'OPPOSER AU DÉMARCHÉ TÉLÉPHONIQUE ?

Conformément aux dispositions de l'article L. 223-1 du Code de la consommation, vous êtes informé qu'il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle vous pouvez vous inscrire :

- soit par voie postale, en écrivant à : Société OPOSETEL - Service BLOCTEL - 6 rue Nicolas Siret 10000 Troyes ;

- soit par connexion au site internet de la société OPOSETEL à l'adresse suivante : www.bloctel.gouv.fr

Cette inscription vous permet de ne pas être sollicité par démarchage téléphonique sur des produits d'assurance auxquels il n'aurait pas souscrit.

En tout état de cause, l'inscription sur cette liste n'interdit pas Mutuelle Bleue de vous joindre téléphoniquement dans le cadre des relations contractuelles existantes.

ARTICLE 22 : À QUI DOIS-JE M'ADRESSER CONCERNANT LA GESTION DE MES GARANTIES ?

La gestion de votre Contrat est déléguée à l'ADEP, dont le siège social est 11, Immeuble West Side Rue Ferdinand Forest Prolongée, ZI de Jarry, 97122 BAIE MAHAULT, SAS au capital de 22 800 €, immatriculée au RCS de Pointe à Pitre sous le n° 480 434 281 et à l'ORIAS sous le n° 07 035 445, ci-après dénommé « le Déléguataire de gestion » ou « ADEP ».

CHAPITRE 2 : LES GARANTIES ET LEURS MODALITÉS

ARTICLE 23 : GARANTIES « FRAIS DE SANTÉ »

23.1 Définitions

Régime Obligatoire (RO) : Régime légal de protection sociale français auquel sont obligatoirement affiliés le Membre participant et ses Ayants droit.

Ticket Modérateur (TM) : Fraction de dépenses de frais de soins de santé laissée à la charge de l'Assuré, après l'intervention du régime de Sécurité sociale français obligatoire.

Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

(DPTAM) : Terme générique visant les différents dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. Sont notamment concernés les médecins ayant souscrit à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM-CO). L'OPTAM/OPTAM-CO sont ouverts aux médecins exerçant en secteur 2 et à certains médecins du secteur 1 (médecins de secteur 1 titulaires du droit permanent à dépassement ou disposant des titres leur permettant d'accéder au secteur 2). L'OPTAM-CO visant de manière spécifique les médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique.

Base de Remboursement (BR) : Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Notion pouvant encore être appelée « Tarif de Responsabilité » (TR).

Prix Limites de Vente (PLV) : Les Prix Limites de Vente correspondent aux prix maximums facturables par le professionnel de santé, fixés par le Comité Economique des Produits de Santé (CEPS) pour les dispositifs médicaux

inscrits sur une liste de produits et prestations visée à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale. Conformément au niveau de garanties de l'Assuré, Mutuelle Bleue interviendra, en complément du remboursement du Régime Obligatoire, sans que sa prise en charge ne puisse excéder les PLV.

Honoraires Limites de Facturation (HLF) :

Les Honoraires Limites de Facturation correspondent à l'honoraire maximal facturable par le chirurgien-dentiste à l'Assuré pouvant faire l'objet d'une entente directe. Ils sont fixés par la Convention Nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance Maladie, approuvée par l'Arrêté du 20 août 2018 (publié au Journal Officiel du 25 août 2018).

23.2 Dispositions générales

Les garanties « frais de santé » ont pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, de vous assurer et éventuellement à vos Ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par le Régime Obligatoire français au titre des prestations en nature de l'assurance maladie.

Les garanties « frais de santé » respectent les règles du contrat responsable, c'est-à-dire qu'il respecte les critères fixés par les articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale. Ces critères consistent à ce que les garanties prennent en charge certaines prestations et en excluent d'autres.

Le droit aux prestations est ouvert à la date d'effet du Contrat et selon les modalités indiquées au Tableau de garanties.

La garantie ne concerne que les Assurés résidant durablement en France métropolitaine ou dans les DROM-COM. Toutefois, la garantie remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et/ou d'hospitalisation, du Contrat est acquise dans le monde entier pour l'Assuré à partir du moment où le Régime Obligatoire français intervient.

23.3 Dispositions particulières

23.3.1 Justificatifs à fournir

L'ADEP se réserve le droit de demander toute pièce justificative utile au remboursement des prestations (facture originale, prescription médicale...).

Les justificatifs qui seront adressés à l'ADEP devront être des documents originaux (dans

leur version papier adressée par voie postale ou dans leur version électronique issue du site de l'Assurance Maladie obligatoire).

L'Assuré peut envoyer ses justificatifs par voie postale à l'ADEP, Service Gestion Entreprises - 574 Route de Corneilhan - CS 80618 - 34535 BEZIERS cedex.

L'attention de l'Assuré est attirée sur le fait qu'il lui est conseillé d'envoyer à ADEP le ou les devis émis par les professionnels de santé avant chaque réalisation de soins ou de prestations.

Chaque devis fera l'objet d'une réponse de la part d'ADEP informant l'Assuré de son reste à charge éventuel. ADEP contrôlera que le professionnel de santé n'a pas dépassé les Prix Limites de Vente ou les Honoraires Limites de Facturation.

23.3.2 Prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins

Les dépassements d'honoraires des médecins font l'objet d'une prise en charge par la garantie frais de santé de la présente Notice, lorsque le niveau de garanties choisi le prévoit.

La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins est différenciée pour les médecins adhérents à un Dispositif de Pratique Maîtrisée (DPTAM) et les médecins non-adhérents au DPTAM.

Si le médecin n'est pas adhérent au DPTAM, la prise en charge des dépassements est plafonnée et soumise aux limites prévues par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

En consultant un médecin adhérent au DPTAM, vous bénéficiez d'un meilleur remboursement des actes et consultations par la Sécurité sociale.

Pour connaître les médecins adhérents à un DPTAM, vous pouvez consulter le site www.ameli-direct.ameli.fr.

23.3.3 Prise en charge des prestations optiques

Les prestations optiques concernant l'acquisition d'un équipement (1 monture + 2 verres) s'expriment par un forfait en euros et par équipement incluant le Ticket Modérateur. Les plafonds de remboursement tels qu'indiqués dans le tableau de garanties sont conformes aux limites imposées par le contrat responsable.

Limites de prise en charge :

La prise en charge par Mutuelle Bleue des

prestations optiques est différente en fonction de la Classe à laquelle appartient l'équipement, à savoir à la Classe A ou la Classe B.

Conformément à la réforme « 100% santé », les équipements appartenant à la Classe A font l'objet d'une prise en charge renforcée par le Régime Obligatoire. En conséquence, une fois le remboursement effectué par ce dernier et celui opéré au titre du présent Contrat et dans la limite des Prix Limites de Vente, aucun reste à charge ne sera supporté par l'Assuré.

Les équipements de Classe B bénéficieront d'une prise en charge intervenant dans la limite fixée par les textes relatifs aux contrats responsables conformément au niveau de garanties souscrit. Ainsi, un éventuel reste à charge sera supporté par l'Assuré.

Conformément au tableau de garanties, les montants de remboursement d'un équipement dépendront du forfait applicable :

- Forfait équipement « correction simple »
- Forfait équipement « correction complexe »
- Forfait équipement « correction très complexe »

Les forfaits sont définis comme suit :

CORRECTION SIMPLE

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

CORRECTION COMPLEXE

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

et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;

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

CORRECTION TRES COMPLEXE

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

Il est à noter que le forfait applicable, déterminé en fonction du niveau de dioptrie, est susceptible d'être modifié en fonction d'éventuelles évolutions législatives et/ou réglementaires.

Un équipement est dit « mixte » lorsqu'il est composé :

- d'un (1) verre simple et d'un (1) verre complexe ;
- d'un (1) verre simple et d'un (1) verre très complexe ;
- d'un (1) verre complexe et d'un (1) verre très complexe.

Pour déterminer le montant maximum de remboursement d'un équipement « mixte », il convient de cumuler la valeur maximale des deux (2) types de verres concernés, puis diviser cette somme par deux (2).

L'Assuré pourra choisir un équipement qui peut être composé de deux (2) verres, et d'une monture, n'appartenant pas à la même Classe (A ou B).

Dans ces hypothèses, la composante de Classe B sera remboursée conformément au niveau de garanties souscrit, déduction faite du remboursement de la composante de Classe A.

Lorsque l'Assuré choisi une monture de Classe B, la prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à cent (100) euros.

Conditions de prise en charge et de renouvellement :

En tout état de cause, les prestations optiques sont limitées à un (1) équipement tous les deux (2) ans par Assuré. Cette période s'apprécie à compter de la dernière acquisition d'un équipement optique ayant fait l'objet d'une prise en charge par le Régime Obligatoire. L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'équipement optique.

Lorsque l'Assuré effectue des demandes de remboursement en deux temps, c'est-à-dire d'une part la monture et d'autre part les verres, l'appréciation du délai de deux (2) ans s'effectue à compter de la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement.

Par dérogation, pour l'acquisition d'un équipement optique (1 monture+ 2 verres), cette période est réduite :

- à un (1) an, pour les Assurés de moins de seize (16) ans ;
- à un (1) an, pour les Assurés de plus de seize (16) ans en cas d'évolution de la vue justifiée soit par la production d'une nouvelle prescription médicale qui sera comparée à la prescription médicale précédente, soit par la prescription médicale adaptée par l'opticien-lunetier lors d'un renouvellement de délivrance en application de l'article D. 4362-12-1 du Code de la santé publique.
- à six (6) mois, pour les Assurés de moins de six (6) ans, lorsque la monture est mal adaptée à la morphologie du visage de l'Assuré entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Par dérogation, pour l'acquisition de verres correcteurs, aucun délai de renouvellement minimal n'est applicable :

- pour les Assurés de moins de seize (16) ans, en cas d'évolution de la vue justifiée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique ;
- quel que soit l'âge de l'Assuré, en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières listées à l'Arrêté du 3

décembre 2018 (publié au Journal Officiel du 13 décembre 2018) portant modification des modalités de prise en charge d'optique médicale et justifiée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

Il est à noter que l'âge de l'Assuré correspond à l'âge atteint au 1er janvier de l'année considérée.

23.3.4 La prestation « Lentille »

Elle s'apprécie par an et par Assuré(e). Cette rubrique inclut tous les types de lentilles : les lentilles de correction, prises en charge ou non par la Sécurité sociale, ainsi que les lentilles jetables.

23.3.5 La prise en charge des prestations dentaires

Dans le cadre de la réforme « 100% santé » et de l'entente directe des chirurgiens-dentistes libéraux avec l'assurance maladie fixée dans la Convention du 21 juin 2018, trois (3) paniers sont définis :

- Le panier « 100% santé » (prise en charge intégrale dans la limite des Honoraires Limites de Facturation) ;
- Le panier aux tarifs maîtrisés (remboursement dans la limite des Honoraires Limites de Facturation et conformément au niveau de garanties de l'Assuré) ;
- Le panier aux tarifs libres permettant de choisir librement les techniques et les matériaux les plus sophistiqués (absence d'Honoraires Limites de Facturation, remboursement conformément au niveau de garanties de l'Assuré).

23.3.6 La prise en charge des prestations d'aides auditives

La prestation s'entend par oreille appareillée. Elle est remboursée sur la base d'un pourcentage de la Base de Remboursement du Régime Obligatoire d'assurance maladie.

Limites de prise en charge :

Les prestations d'appareillage auditif sont prises en charge conformément au niveau de garanties de l'Assuré.

A compter du 1er janvier 2021, la prise en charge par Mutuelle Bleue des prestations « Aides auditives » est différente en fonction de la Classe à laquelle appartient l'aide auditive, à savoir à la Classe I ou la Classe II.

Conformément à la réforme « 100% santé », les aides auditives appartenant à la Classe I font l'objet d'une prise en charge renforcée. A ce titre, une fois le remboursement effectué par le Régime Obligatoire et celui opéré au titre

du présent Contrat et dans la limite des Prix Limites de Vente aucun reste à charge ne sera supporté par l'Assuré.

Les aides auditives de Classe II bénéficieront d'une prise en charge intervenant dans la limite fixée par les textes relatifs aux « contrats responsables », selon l'âge de l'Assuré et conformément au plafond inscrit au tableau de garanties.

Lorsque l'aide auditive appartient à la Classe II, la prise en charge par ADEP intervient conformément au niveau de garanties souscrit et dans la limite fixée par les textes relatifs aux « contrats responsables » soit mille-sept-cents (1 700) euros par aide auditive et par Assuré. Ce plafond inclut le Ticket Modérateur et la prise en charge par le Régime Obligatoire.

C'est pourquoi un éventuel reste à charge sera supporté par l'Assuré.

Il est à noter que ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le Ticket Modérateur des consommables, des piles ou des accessoires.

Conditions de prise en charge et de renouvellement :

En tout état de cause, à compter du 1er janvier 2021, les prestations « aides auditives » sont limitées à une (1) aide auditive tous les quatre (4) ans par Assuré. Cette période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive. L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive ayant fait l'objet d'une prise en charge par le Régime Obligatoire. Ce délai de renouvellement court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

23.3.7 Précisions concernant l'hospitalisation

Seuls sont pris en charge les soins et séjours effectués au sein des établissements hospitaliers tels que mentionnés à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale.

Cette prise en charge s'applique donc :

- Aux établissements de médecine, chirurgie,
- Aux établissements obstétriques et odontologiques,
- Aux établissements spécialisés : les établissements psychiatriques, les établissements de soins de suite et de réadaptation.

Le forfait journalier facturé par les Etablissements d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)

n'est pas pris en charge.

23.3.8 Précisions concernant les paramédicaux

Les honoraires paramédicaux correspondent aux actes facturés par des auxiliaires médicaux tels que les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, orthoptistes et les pédicures-podologues.

Vous pouvez retrouver la liste exhaustive des praticiens de votre département en vous connectant sur le site www.annuaire.sante.ameli.fr.

23.4 Quelle est la Base de Remboursement ?

Les prestations sont calculées en fonction des tarifs de responsabilité selon la réglementation des régimes d'assurance maladie obligatoires en vigueur ou sur des montants forfaitaires, déduction faite du remboursement du Régime Obligatoire s'il existe, sauf mention contraire dans le Tableau de garanties et dans la limite des frais engagés.

ADEP, garantit les dépenses, soins ou interventions engagés à l'étranger lors de séjours temporaires dès lors qu'ils sont pris en charge par le Régime Obligatoire et selon le tableau des garanties.

Mutuelle Bleue, par l'intermédiaire d'ADEP, complète les remboursements du Régime Obligatoire selon le détail figurant au tableau des garanties.

Sauf cas particuliers, l'absence de prise en charge par le Régime Obligatoire ne donne pas lieu au remboursement des soins.

23.5 Comment s'effectuent vos remboursements ?

23.5.1 Télétransmission

Le système de Télétransmission Noémie est un échange d'informations automatisé entre les caisses d'assurance maladie et ADEP. Il permet d'assurer des remboursements de frais médicaux dans un délai très rapide puisque les décomptes de l'assurance maladie sont transmis à ADEP sans que l'Assuré n'ait besoin de lui adresser.

Ainsi, et sauf opposition de votre part, le remboursement des prestations est automatique grâce au système de télétransmission (Noémie) entre la caisse primaire d'assurance maladie et l'ADEP. Grâce à ce système, vous n'avez en principe pas besoin d'envoyer vos décomptes. Les documents sont directement transmis à ADEP par votre Régime Obligatoire et/ou par

les professionnels de santé.

23.5.2 Envoi de justificatifs à défaut de Télétransmission

A défaut d'application du procédé de la Télétransmission, le règlement des prestations s'effectue par chèque ou virement bancaire sur présentation des pièces justificatives suivantes :

- la prescription médicale ;
- les décomptes originaux, ou, le cas échéant, les décomptes en ligne, délivrés par le Régime Obligatoire d'assurance maladie ;
- les originaux des notes d'honoraires et des factures datées des frais prescrits et acquittés et le cas échéant, les devis (établis par les praticiens...) ;
- le cas échéant, les photocopies des notifications du Régime Obligatoire concernant le refus de la prise en charge des actes, ainsi que la note d'honoraires codifiant les soins dispensés ;
- en cas de remboursement de frais de santé d'origine accidentelle, toutes pièces justificatives afin de procéder en particulier au recouvrement des sommes réglées par l'ADEP auprès de l'éventuel tiers responsable.

L'ADEP se réserve le droit de demander tout autre justificatif nécessaire à la liquidation de votre dossier. La date des soins prise en considération pour le remboursement des prestations par l'ADEP, est celle indiquée sur les décomptes de remboursement des régimes d'assurance maladie obligatoires.

23.6 Quand s'effectue le paiement des prestations ?

Sauf dans le cas du Tiers Payant, l'ADEP n'intervient qu'après l'intervention du Régime Obligatoire.

23.7 Quelles sont les modalités du contrôle médical ?

L'ADEP ou Mutuelle Bleue se réservent le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par son médecin conseil, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout Assuré qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent contrat. Le contrôle peut intervenir avant et/ou après la décision de prise en charge par l'ADEP ou Mutuelle Bleue.

En cas de refus de l'Assuré de se soumettre à ce contrôle, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part d'ADEP ou Mutuelle Bleue.

23.8 Qu'est-ce que le Tiers Payant ?

Le Tiers Payant est un système dont bénéficient les personnes affiliées à un régime de Sécurité sociale français obligatoire et qui leur permet, sous certaines conditions, d'être dispensées d'avancer totalement ou partiellement les frais médicaux s'ils sont pris en charge par le Régime Obligatoire et/ou l'organisme de complémentaire santé.

Le Tiers Payant Sécurité sociale est matérialisé par une carte Vitale qui atteste des droits de l'Assuré à l'Assurance Maladie.

La Mutuelle vous délivre, pour l'application du Tiers Payant complémentaire, une carte de Tiers Payant santé qui vous permet, à vous et vos Ayants droit, en la présentant aux professionnels de santé, de bénéficier d'une dispense de paiement du Ticket Modérateur.

23.9 Comment fonctionne le Tiers Payant ?

Après l'enregistrement de l'affiliation de l'Assuré auprès d'ADEP, il lui est remis une carte de Tiers Payant permettant la pratique du Tiers Payant avec certaines professions de santé et l'obtention, le cas échéant, de prises en charge hospitalières, optiques ou dentaires.

En cas de cessation des garanties, la carte de Tiers Payant doit être restituée à la Personne morale souscriptrice qui la transmettra à ADEP dans un délai de quinze (15) jours. Si après avoir payé le praticien ou l'établissement hospitalier, il s'avère que vos droits ne sont pas ouverts auprès de votre régime d'assurance maladie obligatoire, vous serez tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par l'ADEP pour son compte. A défaut, une procédure contentieuse pourra être dirigée à votre encontre.

23.10 Quelle est la limite aux remboursements ?

Conformément à l'article 9 de la Loi n°89-1009, dite « Loi Evin » du 31 décembre 1989 et l'article 2 de son décret d'application, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Assuré ou de l'adhérent, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité sociale. Si tel était le cas, Mutuelle Bleue se réserve le droit de réduire à due concurrence le montant de ses remboursements.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs

produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, l'Assuré du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Dans le cas où le cumul des prestations servies par l'ADEP ou un organisme assureur donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations servies par ADEP seraient réduites à due concurrence. Le Bénéficiaire recevant de quelque organisme que ce soit, un remboursement pour les frais pris en charge par l'ADEP sera dans l'obligation de lui en reverser le montant.

Si l'Assuré est partiellement garanti par une police individuelle d'accident, l'ADEP ne règlera que les frais non couverts par la police dans la limite de ses tarifs de responsabilité.

23.11 Quelles sont les exclusions ?

23.11.1. Les actes non pris en charge par le Régime Obligatoire et actes antérieurs à l'adhésion

Attention : Ne donnent droit à aucun remboursement les actes non pris en charge par le Régime Obligatoire, à l'exception toutefois de certains actes, dans la limite des prestations expressément définies pour chaque garantie dans le tableau des garanties.

Les soins de toutes natures (notamment les séjours en établissements hospitaliers ou cliniques, les traitements d'orthodontie et les prothèses dentaires) dont les dates de première proposition, de prescription ou d'exécution se situent avant la date d'effet et du contrat, ne peuvent donner lieu à intervention.

23.11.2. Les actes liés au parcours de soins coordonnés

Attention : Le montant des prestations servies par le Régime Obligatoire pourra varier si vous ne respectez pas le parcours de soins coordonnés.

Les garanties du présent contrat dit « responsable » ne couvrent pas, conformément à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application :

- La participation forfaitaire instaurée

par l'article L. 160-13-II du Code de la Sécurité Sociale et la franchise médicale instaurée par l'article L. 160-13-III du Code de la Sécurité sociale concernant les médicaments, le transport et les actes paramédicaux ;

- Les pénalités résultant du non-respect du parcours de soins :

o La majoration du Ticket Modérateur mentionnée à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale ;

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

- Tout autre acte, prestation, majoration, franchise ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application. En tout état de cause, aucune exclusion ne peut être opposée à la prise en charge des frais pour lesquels des obligations minimales de couverture sont fixées aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale. Les garanties du Contrat seront automatiquement adaptées en cas de modification des prescriptions liées au contrat responsable.

ARTICLE 24 : GARANTIE

« TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE »

La garantie « frais de santé » inclut un service de Téléconsultation médicale assuré par Mutuelle Bleue en partenariat avec AXA ASSISTANCE France. Les conditions d'utilisation de la prestation de Téléconsultation médicale sont définies aux Conditions Générales d'Utilisation annexées au présent Contrat.

CHAPITRE 3 : PRESTATIONS ADDITIONNELLES

Vous bénéficiez de ces prestations si ces dernières figurent dans le niveau de garanties souscrit par votre employeur. Reportez-vous à votre feuillet de prestations

ARTICLE 25 : LA GARANTIE

« INDEMNITÉS FUNÉRAIRES »

25.1 Quels sont les risques couverts par la prestation « Indemnités Funéraires » ?

Cette garantie additionnelle ouvre droit au

versement d'un capital forfaitaire en cas de décès d'un Assuré.

La garantie « Indemnité Funéraire » cesse en toute hypothèse, au plus tard le 31 décembre de l'année du soixante-cinq (65e) anniversaire de l'Assuré.

Le montant du capital assuré est mentionné sur le tableau des garanties, il diffère en fonction de la formule retenue.

Ce capital est obligatoirement affecté au financement et à la réalisation des obsèques de l'Assuré.

Conformément à l'article L. 223-5 du Code de la mutualité, la garantie ne peut être contractée sur la tête d'un mineur âgé de moins de douze (12) ans, d'une personne placée dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation.

25.2 Quelles formalités accomplir pour le versement de l'indemnité ?

En cas de décès d'un Assuré le bénéficiaire doit transmettre à l'ADEP :

- un acte de décès officiel mentionnant les noms et prénoms du défunt, sa date de naissance, la date et l'heure du décès,
- un certificat médical indiquant la cause du décès, à retourner au médecin conseil sous pli confidentiel,
- une facture détaillée attestant de la réalisation des prestations funéraires en cas de paiement du capital au profit d'une entreprise de pompes funèbres ou la facture des obsèques acquittées par la personne ayant pris en charge la réalisation des obsèques,
- une photocopie lisible d'une pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport) des bénéficiaires, portant la mention « non décédé »,
- un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) au nom de la personne ayant pris en charge la réalisation des obsèques et le cas échéant, un Relevé d'Identité Bancaire au nom du ou des bénéficiaire(s) pour le solde restant,
- toute autre pièce exigée par la législation fiscale en vigueur.

La mise en application d'une clause d'exclusion de garantie définie à l'article 25.4 des présentes ne donne pas droit au versement du capital.

25.3 Application de la Garantie - Bénéficiaires

En cas de décès de l'Assuré, l'ADEP règle le montant de l'Indemnité, dans les trente (30) jours suivants la réception de l'intégralité des pièces mentionnées à l'article 25.2.

A défaut de règlement dans ce délai, le capital non versé produira des intérêts conformément à la réglementation en vigueur. Le montant de l'Indemnité Funéraire est réglé à la personne ayant réglé les frais d'obsèques, sur présentation de la facture, et jusqu'à hauteur des frais engagés.

Il est à noter que le montant du capital est susceptible d'être insuffisant pour couvrir les frais d'obsèques. Le solde éventuel du capital sera reversé au bénéficiaire définit ci-après :

- au conjoint survivant de l'Assuré, non séparé de corps par un jugement définitif, ni divorcé, ou au partenaire avec lequel l'Assuré est lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ;
- à défaut, aux descendants de l'Assuré, par parts égales entre eux : enfants nés ou à naître (légitimes ou légitimés, naturels, reconnus, adoptifs, recueillis) présents ou représentés ;
- à défaut, aux ascendants de l'Assuré par parts égales entre eux, ou au survivant d'entre eux ;
- à défaut, aux frères et sœurs de l'Assuré par parts égales entre eux ;
- à défaut, aux héritiers de l'Assuré, selon la dévolution successorale.

La clause bénéficiaire peut être modifiée si celle-ci n'est pas ou plus appropriée.

L'Assuré peut alors désigner le(s) bénéficiaire(s) en cas de décès dans le Bulletin Individuel d'Affiliation et ultérieurement, par avenant, ou suivant toute autre forme juridiquement valide notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique.

L'attention de l'Assuré est attirée sur le fait que la rédaction de la clause bénéficiaire doit être claire et sans ambiguïté ; le bénéficiaire désigné doit être clairement identifiable (préférer par exemple «mon conjoint» à son nom, en cas de divorce).

Il est conseillé de prévoir un ou plusieurs bénéficiaire(s) de second rang (par exemple, mon conjoint, ou à défaut, mes enfants nés ou à naître»).

Toute désignation de bénéficiaire qui ne serait pas portée à la connaissance d'ADEP ne lui sera pas opposable. La clause bénéficiaire peut être modifiée si celle-ci n'est plus appropriée. L'attention de l'Assuré est attirée sur le fait que la désignation devient irrévocable en cas d'acceptation par le bénéficiaire.

L'acceptation peut être faite soit par un avenant signé, de l'Assuré et du bénéficiaire, soit par

acte authentique ou par acte sous seing privé, signé de l'Assuré et du bénéficiaire, mais dans ce cas, elle n'a d'effet à l'encontre de Mutuelle Bleue que lorsqu'il lui a été notifié par écrit.

25.4 Quels sont les cas d'exclusions ?

Vous êtes garanti pour tous les risques de décès à l'exception de ceux prévus par la loi et ceux résultant du suicide de l'Assuré pendant la première année d'assurance.

25.5 Quel est le terme des garanties ?

La garantie « indemnités funéraire » prend fin à la date de résiliation du présent Contrat et à la date d'effet de la résiliation de l'affiliation au présent Contrat. **Elle cesse en toute hypothèse, au plus tard le 31 décembre de l'année du soixante-cinq (65e) anniversaire de l'Assuré.**

ARTICLE 26 : GARANTIE « CAPITAL CANCER »

26.1 Quels sont les risques couverts par la prestation « Capital Cancer » ?

Cette garantie additionnelle ouvre droit au versement d'un capital forfaitaire de mille cinq cents (1500) euros :

- en cas de Diagnostic d'un Cancer féminin chez l'Assurée âgée de plus de vingt (20) ans et de moins de soixante (60) ans ;
- en cas de Diagnostic d'un Cancer de la prostate chez l'Assuré âgé de plus de vingt (20) ans et de moins de soixante (60) ans.

26.2 Définitions

Il faut entendre par :

Cancer : Tumeur caractérisée par un développement anarchique et diffus de cellules malignes avec invasion possible des tissus voisins.

Cancer de la prostate : Cancer qui se développe chez l'homme à partir des cellules de la glande prostatique.

Cancer féminin : Cancer atteignant le sein ou l'appareil reproducteur féminin, c'est-à-dire l'ovaire, l'utérus, le vagin et les organes génitaux externes.

Diagnostic : Résultat d'un examen effectué par un anatomopathologiste.

Un Délai de carence de six (6) mois est appliqué à compter de la date d'effet du Contrat.

26.3 Quelles formalités accomplir pour le versement du capital ?

Dès qu'il a connaissance du Diagnostic porté

susceptible de mettre en œuvre la garantie, l'Assuré doit le déclarer à l'ADEP, au plus tard dans les dix (10) jours. Cette demande devra être formulée par l'Assuré par lettre manuscrite.

Il transmettra par la suite, dans les plus brefs délais, sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil d'ADEP :

- un compte rendu histologique de la tumeur ainsi que les conclusions de tous les examens anatomopathologiques de la tumeur,
 - un certificat médical délivré par l'anatomopathologiste ayant diagnostiqué le Cancer féminin ou de la prostate, et attestant de la nature de l'affection et de son Diagnostic,
 - un RIB et une copie de sa pièce d'identité (CNI ou passeport) pour compléter son dossier.
- L'ADEP, se réserve le droit de demander toutes pièces justificatives permettant d'apprécier si le Diagnostic s'inscrit ou non dans le cadre de la garantie.

26.4 Paiement de la prestation

L'ADEP règle à l'Assuré le montant du capital dans les vingt (20) jours qui suivent la réception de l'ensemble des pièces nécessaires à l'étude du dossier, mentionnées à l'article 26.5 des présentes. Le versement du capital met définitivement fin à la garantie «Capital Cancer». Un nouveau Diagnostic ou une rechute de l'Assuré ne donnera pas droit à un second versement de capital.

26.5 Contrôle médical

L'ADEP se réserve le droit de procéder, à ses frais, à un examen médical approfondi de l'Assuré, soit par son propre médecin conseil, soit par un médecin choisi par lui, autre que le médecin traitant de l'Assuré ou de ses Ayants droit. Compte tenu de l'avis formulé par le médecin ayant opéré l'examen, l'ADEP statuera sur la demande présentée et vous notifiera la décision relative à la prise en charge. En cas de contestation sur le Diagnostic, l'état de l'Assuré est apprécié en dernier ressort par un médecin arbitre désigné d'un commun accord par le médecin conseil de l'ADEP et par votre médecin traitant. Les honoraires de l'expert sont à la charge de l'ADEP.

26.6 Quels sont les cas d'exclusions ?

Sont exclus de la garantie :

En ce qui concerne les Assurés de sexe féminin :

- toute autre cancer ainsi que les Cancers féminin in situ non invasifs,
- les Cancers féminins diagnostiqués chez

une femme de moins de vingt (20) ans et de plus de soixante (60) ans,

- les Cancers féminins dont le premier Diagnostic intervient dans les six (6) mois qui suivent la date d'effet de la garantie ;
En ce qui concerne les Assurés de sexe masculin :

- tout autre Cancer qu'un Cancer de la prostate,

- les Cancers de la prostate dont le premier Diagnostic intervient dans les six (6) mois qui suivent la date d'effet de la garantie,

- les Cancers de la prostate diagnostiqués chez un homme de moins de vingt (20) ans et plus de soixante (60) ans.

26.7 Quel est le terme des garanties ?

La garantie prend fin à la date de résiliation du présent Contrat et à la date d'effet de la résiliation de l'affiliation au présent Contrat.

La garantie « Capital Cancer » cesse en toute hypothèse, au plus tard le 31 décembre de l'année du soixante-cinq (60e) anniversaire de l'Assuré(e).

ARTICLE 27 : GARANTIE

« ALLOCATION NAISSANCE »

ET « ALLOCATION MARIAGE »

27.1 Allocation naissance

La garantie « Allocation naissance » a pour objet le versement d'un capital à la naissance de votre enfant. Le montant du capital garanti est celui fixé dans votre tableau de garanties.

La prestation sera accordée à condition que l'enfant soit inscrit sur le Contrat dans un délai trois (3) mois à compter du jour de la naissance.

Vous devez fournir à l'ADEP un extrait d'acte de naissance de votre enfant.

L'allocation versée ne tient compte que de l'événement et non du nombre d'enfants en cas de grossesse multiple (gémellaire et plus).

L'ADEP vous règle le montant du capital à réception de l'ensemble des pièces nécessaires à l'étude du dossier.

Un Délai de carence de dix (10) mois est appliqué à compter de la date d'effet du Contrat.

27.2 Allocation mariage

La garantie « Allocation mariage » a pour objet le versement d'un capital à l'occasion

de votre mariage. Le montant du capital garanti est celui fixé dans votre tableau de garanties.

La prestation sera accordée à condition que le conjoint soit inscrit sur le Contrat dans un délai trois (3) mois à compter du jour du mariage.

Vous devez fournir à l'ADEP un certificat de mariage.

L'ADEP vous règle le montant du capital à réception de l'ensemble des pièces nécessaires à l'étude du dossier.

Un Délai de carence de trois (3) mois est appliqué à compter de la date d'effet du Contrat.

ARTICLE 28 : GARANTIES

«PROTECTION JURIDIQUE » ET « ASSISTANCE »

Les garanties « Protection juridique » et « Assistance » sont assurées par d'autres organismes que Mutuelle Bleue. Les conditions dans lesquelles les prestations sont assurées, ainsi que les coordonnées de l'assureur figurent dans les Conditions générales de chaque prestataire, transmises par l'ADEP.

CHAPITRE 4 : PORTABILITE DES GARANTIES : ARTICLE L. 911-8 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

ARTICLE 29 : QUI PEUT EN BÉNÉFICIER ?

Le maintien des garanties est accordé à l'ancien salarié dont la rupture du contrat de travail, hors licenciement pour faute lourde, ouvre droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage. Les Ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties souscrites à la date de la cessation du contrat de travail, bénéficient également du maintien des garanties, dans les mêmes conditions

ARTICLE 30 : QUELLES SONT LES CONDITIONS D'OUVERTURE DES DROITS ?

Les droits sont examinés au jour de la cessation du contrat de travail. Ils sont ouverts sous les conditions suivantes :

- Le contrat de travail doit être rompu ;
- La rupture du contrat de travail doit ouvrir droit à indemnisation par le régime

d'assurance chômage ;

- Les droits à garantie doivent avoir été ouverts avant la date de cessation du contrat de travail.

ARTICLE 31 : QUELLES SONT LA DATE DE PRISE D'EFFET ET LA DURÉE DU MAINTIEN ?

Les droits sont maintenus dès le lendemain de la date de cessation du contrat de travail, pendant la période d'affiliation à l'assurance chômage, pour une durée égale à celle du dernier contrat de travail de l'ancien salarié, appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, dans la limite de douze (12) mois de couverture. La demande nominative du maintien des garanties doit être remise à ADEP dans le mois suivant la cessation du contrat de travail. Cette demande doit notamment préciser la durée du dernier contrat de travail de l'ancien salarié, ainsi que la durée prévue du maintien des garanties. A l'issue de ce maintien, les salariés bénéficiant notamment d'une rente d'incapacité ou d'une pension de retraite peuvent, conformément à l'article 4 de la Loi Evin, demander à bénéficier du maintien de couverture, à titre individuel, sous réserve d'en faire la demande dans un délai de six (6) mois suivant le présent maintien.

ARTICLE 32 : QUELLES SONT LES CONDITIONS DE MAINTIEN ?

Pour bénéficier des dispositions relatives au maintien des garanties précitées, l'ancien salarié doit fournir à ADEP la justification de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage. L'ancien salarié doit également informer l'ADEP de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage, lorsque celle-ci intervient au cours de la période de maintien de la couverture complémentaire santé et prévoyance. ADEP peut, à tout moment, demander à l'ancien salarié s'il remplit les conditions requises pour bénéficier du maintien des garanties, en exigeant notamment la preuve de l'ouverture des droits, de leur durée et de la prise en charge par le régime d'assurance chômage. Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période.

ARTICLE 33 : QUELLES SONT LES CONDITIONS DE LA CESSATION DU MAINTIEN ?

A l'égard de l'ancien salarié, le maintien des garanties cesse à : - La date de cessation du versement des allocations payées par le régime d'assurance chômage ou dès lors que l'ancien salarié n'apporte plus la preuve du bénéfice de cette indemnisation ; - La date de reprise d'une activité professionnelle par l'ancien salarié ; - La date d'effet de la retraite Sécurité sociale de l'ancien salarié ; - L'issue de la durée de maintien à laquelle l'ancien salarié a droit ; - La date d'effet de la résiliation du contrat collectif souscrit par l'employeur. NI Contrat Obligatoire ADEP SANTE ENTREPRISE 18 A l'égard des Ayants droit de l'ancien salarié, le maintien des garanties cesse : - à la date de cessation du maintien de l'ancien salarié, - à la date à laquelle ils ne répondent plus aux conditions leur conférant la qualité d'Ayants droit.

ARTICLE 34 : QUELLES SONT LES MODALITÉS DE FINANCEMENT DU MAINTIEN ?

L'ancien salarié et le cas échéant ses Ayants droit bénéficient du maintien des garanties à titre gratuit, ce maintien étant financé par l'employeur et les salariés actifs à travers le système de la mutualisation.

ARTICLE 35 : QUELLE EST LA DÉFINITION DES PRESTATIONS ?

Les garanties maintenues à l'ancien salarié sont celles définies dans le contrat des actifs pour la catégorie de population assurée à laquelle l'ancien salarié appartenait. En cas de modification du contrat des actifs, les modifications de garanties sont appliquées à l'ancien salarié.

ARTICLE 36 : QUELLE EST L'ASSIETTE DES PRESTATIONS ?

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est identique à celui défini dans le contrat des actifs pour la catégorie de population assurée à laquelle l'ancien salarié appartenait et est apprécié au jour de la cessation du contrat de travail.

ARTICLE 37 : QUELLES SONT LES OBLIGATIONS DE L'EMPLOYEUR ?

L'employeur sera tenu d'informer l'ancien salarié de son droit au maintien des garanties dans le certificat de travail et devra informer l'ADEP des cessations de contrat de travail déclenchant le droit au maintien des garanties.

ARTICLE 38. QUELLES SONT LES CONSÉQUENCES DE LA RÉSILIATION DU CONTRAT ?

En cas de résiliation du contrat, l'ancien salarié cessera d'être couvert à la date d'effet de la résiliation. Si, à la date d'effet de la résiliation, l'ancien salarié perçoit des prestations d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité permanente, le maintien des garanties éventuelles, au titre du décès, s'effectuerait dans les mêmes conditions que celles prévues au contrat des actifs.

ANNEXE 1 - PROTECTION JURIDIQUE ADEP SANTÉ

NOTICE D'INFORMATION valant CONDITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1

L'OBJET DE LA PRESENTE NOTICE D'INFORMATIONS

Le présent document constitue la notice d'informations contractuelle valant conditions générales du contrat groupe « PROTECTION JURIDIQUE ADEP SANTÉ » (dénommé ci-après le **présent Contrat**) souscrit auprès de Cfdp Assurances par Adep, au profit de ses clients titulaires d'une offre santé.

Le présent Contrat a pour objet « la prise en charge des frais de procédure ou [...] de fournir des services découlant de la couverture d'assurance, en cas de différend ou de litige opposant l'assuré à un tiers, en vue notamment de défendre ou représenter en demande l'assuré dans une procédure civile, pénale, administrative ou autre ou contre une réclamation dont il est l'objet ou d'obtenir réparation à l'amiable du dommage subi » (article L127-1 du Code des Assurances).

LES DÉFINITIONS :

LE SOUSCRIPTEUR : ADEP – Société par Actions Simplifiées au capital de 22.800 €, ayant son siège social 11 rue Ferdinand Forest Prolongée – ZJ JARRY – 97122 BAIE MAHAULT - GUADELOUPE, et son siège administratif au 574 route de Cornailhan – CS 80618 - 34535 BEZIERS, immatriculé au Registre du Commerce et des Sociétés de POINT A PITRE sous le numéro 480 434 281 et au Registre des Intermédiaires en Assurance (ORIAS) sous le matricule 07 035 445.

L'ASSUREUR : CFPD ASSURANCES – Entreprise d'assurances régie par le Code des Assurances, Société Anonyme au capital de 1.600.000 €, ayant son siège social immeuble l'Europe – 62 rue de Bonnel – 69003 LYON, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de LYON sous le numéro 958 506 156.

L'ADHÉRENT : Le particulier personne physique, ayant conclu un contrat d'assurance complémentaire santé auprès du Souscripteur.

VOUS OU LE(S) BÉNÉFICIAIRE(S) : L'Adhérent ainsi que son conjoint, concubin ou toute personne liée à lui par un PACS et leurs enfants fiscalement à charge, à jour du paiement de leur cotisation.

LE TIERS : Toute personne étrangère au présent Contrat.

LE LITIGE OU DIFFEREND : Une situation conflictuelle Vous opposant à un Tiers causée par un événement préjudiciable ou un acte répréhensible Vous conduisant à faire valoir un droit contesté, à résister à une prétention ou à Vous défendre devant une juridiction. **Pour être couvert par le présent Contrat, le Litige ou le Différend doit être survenu et déclaré pendant la durée de votre adhésion audit Contrat.**

Pour mieux identifier les termes à définition contractuelle, ils seront employés avec une majuscule dans la présente notice.

ARTICLE 2

LES PRESTATIONS DE L'ASSUREUR

2/1 L'ASSISTANCE TELEPHONIQUE :

Au numéro qui Vous est dédié, l'Assureur s'engage à Vous écouter et Vous fournir par téléphone des renseignements juridiques relevant du droit français et se rapportant aux garanties de protection juridique décrites dans la présente notice.

Des juristes qualifiés sont à votre écoute pour :

- Répondre à vos interrogations,
- Vous informer sur vos droits,
- Vous proposer des solutions concrètes,
- Envisager avec Vous, dans le cadre d'un accompagnement personnalisé, la suite à donner à votre difficulté.

QUE FAIRE EN CAS DE BESOIN D'ASSISTANCE JURIDIQUE ?

Contactez l'Assureur au : ☎ 04 67 13 87 44

L'accès au service se fait du lundi au vendredi de 09H00 à 12H30 et de 14H à 18H.

2/2 UN ACCUEIL SUR RENDEZ-VOUS EN METROPOLE DANS LES QUARANTE DELEGATIONS DE CFPD ASSURANCES.

Sur simple demande, il Vous sera possible de rencontrer des juristes dans la délégation la plus proche parmi les trente-six (36) implantations réparties sur tout le territoire.

L'Assureur offre un maillage inégal du territoire afin de Vous permettre d'être parfaitement accompagné où que Vous Vous trouviez.

Il Vous suffit de contacter votre interlocuteur afin de déterminer avec lui une date et un horaire qui permettront une rencontre dans les meilleurs délais.

2/3 LA GESTION AMIALE

A la suite d'une déclaration de Litige, l'Assureur s'engage à :

- Vous conseiller et Vous accompagner dans les démarches à entreprendre,
- Vous assister dans la rédaction de vos courriers de réclamation,
- Vous aider à réunir les pièces et témoignages nécessaires à la constitution de votre dossier,
- Intervenir directement auprès du Tiers afin d'obtenir une solution négociée et amiable,
- Vous faire assister et soutenir par des experts ou des sachants lorsque la spécificité de la matière le nécessite et que cela est utile à la résolution de votre Litige,
- prendre en charge, dans la limite des plafonds contractuels garantis, les frais et honoraires d'experts et de sachants, voire ceux de votre avocat lorsque votre adversaire est lui-même défendu dans les mêmes conditions,
- Vous proposer une médiation indépendante des parties. Le médiateur sera désigné sur une liste par une association ou un groupement professionnel sur demande de l'Assureur et avec votre acceptation. Il prendra contact avec les parties, les réunira et les mettra en condition de trouver par elles-mêmes la solution au Litige en cours.

Toutes vos demandes sont traitées dans un délai maximum de trois (3) jours ouvrés. Bien entendu, en cas d'accord amiable, l'Assureur Vous accompagne jusqu'à sa mise en oeuvre effective.

La gestion amiable du Litige est réalisée dans un délai de :

- six (6) mois à compter de la date de la première intervention des services de l'Assureur,
- ou un (1) an si une expertise contradictoire s'est avérée nécessaire.

A l'issue de ce délai, il Vous est soumis le choix, soit :

- de poursuivre la tentative de résolution amiable,
- de transmettre le dossier à l'avocat de votre choix pour engager les démarches judiciaires utiles,
- d'abandonner le recours.

2/4 L'ACCOMPAGNEMENT DANS LA PHASE JUDICIAIRE

Lorsque toute tentative de résolution du Litige sur un terrain amiable a échoué, l'Assureur s'engage à :

- Vous faire représenter par l'auxiliaire de justice de votre choix. Conformément à l'article L127-3 du Code des Assurances, lorsque Vous faites appel à un avocat ou toute autre personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur pour Vous défendre, Vous représenter ou servir vos intérêts, Vous avez la liberté de le choisir.

Si Vous n'en connaissez pas, Vous pouvez Vous rapprocher de l'Ordre des avocats du barreau compétent ou demander par écrit à l'Assureur de Vous communiquer les coordonnées d'un avocat.

Vous avez la maîtrise de la direction du procès en concertation avec l'avocat que Vous avez choisi. L'Assureur reste néanmoins à votre disposition ou à celle de votre avocat pour Vous apporter l'assistance dont Vous auriez besoin.

Lors de la saisine de l'avocat, celui-ci est tenu en application des règles déontologiques de sa profession, de Vous faire signer une convention d'honoraires afin de Vous informer des modalités de détermination de ses honoraires et de l'évolution prévisible de leur montant.

- Prendre en charge sur présentation de justificatifs, dans la limite des montants contractuels garantis et dans celle des frais réellement exposés :

◊ les frais et honoraires des avocats et experts,

◊ les frais de procès comprenant notamment les frais d'huissiers, d'expertise judiciaire, la taxe d'appel...

Par principe, Vous faites l'avance des frais et honoraires et l'Assureur Vous rembourse sur justificatifs le montant des factures réglées dans la limite des montants contractuels garantis. Si la convention d'honoraires le prévoit ou si Vous en faites la demande, l'Assureur peut procéder directement au règlement de la facture adressée par l'avocat, et ce dans la limite des montants contractuels garantis.

Qu'il s'agisse d'un paiement direct ou d'un remboursement, le règlement de l'Assureur sera effectué au plus tard trente (30) jours après réception des justificatifs, et interviendra Toutes Taxes Comprises.

La subrogation :

Les indemnités qui pourraient Vous être allouées au titre des articles 700 du Code de Procédure Civile, 375 et 475-1 du Code de Procédure Pénale, L761-1 du Code de Justice Administrative ou leurs équivalents devant les juridictions étrangères, ainsi que les dépens et autres frais de procédure Vous bénéficient par priorité pour les dépenses dûment justifiées restées à votre charge, et subsidiairement à l'Assureur dans la limite des sommes qu'il a engagées.

- LES SOMMES DONT VOUS ÊTES LÉGALEMENT REDEVABLE AU TITRE DE DROITS PROPORTIONNELS,
- LES HONORAIRES DE RÉSULTAT DE TOUT AUXILIAIRE DE JUSTICE.


ARTICLE 5 LA DÉCLARATION DE SINISTRE

Pour déclarer votre Sinistre, Vous devez adresser à l'Assureur :

- la description de la nature et des circonstances de votre Litige avec la plus grande précision et sincérité,
- les éléments établissant la réalité du préjudice que Vous alléguiez,
- les coordonnées de votre adversaire,
- et toutes les pièces et informations utiles à l'instruction de votre dossier telles qu'avis, lettres, convocations, actes d'huissier, assignations...

COMMENT CONTACTER VOTRE ASSUREUR ?

Par courrier à :

 Cfdp Assurances – Immeuble le Fahrenheit – 120, Avenue Nina Simone
34000 MONTPELLIER

Par télécopie au : ☎ 04 67 85 82 63

Par mail à : ✉ r.benderdouch@cfdp.fr

En cas de fausse déclaration intentionnelle de votre part sur la cause, les circonstances ou encore les conséquences du Litige, Vous pouvez être déchu de vos droits à garantie, voire encourir des sanctions pénales.

Vous devez déclarer votre Litige dès que Vous en avez connaissance, sauf cas de force majeure. Néanmoins, l'Assureur ne Vous opposera pas de déchéance de garantie pour déclaration tardive sauf s'il prouve que le retard dans la déclaration lui a causé un préjudice.

Dans votre propre intérêt, évitez de prendre une initiative sans concertation préalable avec l'Assureur : si Vous prenez une mesure, de quelque nature qu'elle soit, mandatez un avocat ou tout autre auxiliaire de justice, expert ou sachant, avant d'en avoir avisé l'Assureur et obtenu son accord écrit, les frais exposés resteront à votre charge.

Néanmoins, si Vous justifiez d'une situation d'urgence caractérisée nécessitant la prise immédiate d'une mesure conservatoire, l'Assureur Vous remboursera, dans la limite des montants contractuels garantis, les frais et honoraires des intervenants que Vous avez mandatés, sans avoir obtenu son accord préalable.

ARTICLE 6 LE FONCTIONNEMENT DU CONTRAT ET DES GARANTIES

6/1 L'APPLICATION DANS LE TEMPS

La durée de l'adhésion et des garanties :

Sous réserve du paiement de la prime, les garanties du Contrat Groupe suivent le sort de l'adhésion du (des) bénéficiaire (s) au contrat d'assurance complémentaire santé conclu auprès du souscripteur, auquel elles sont annexées.

Elles sont dues sans délai de carence pour tout Litige survenu et déclaré entre la prise d'effet des garanties et l'expiration de l'adhésion au présent Contrat à condition que Vous n'ayez pas eu connaissance de la situation conflictuelle avant l'adhésion.

La résiliation :

L'adhésion au présent Contrat peut être résiliée :

- en cas de résiliation de l'offre santé conclue auprès du Souscripteur,
- ou en cas de résiliation du présent Contrat, le Souscripteur s'engageant alors à informer l'Adhérent de la fin des garanties.

La prescription :

La prescription est l'extinction d'un droit résultant de l'inaction de son titulaire pendant un délai défini par la Loi. Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance (article L114-1 du Code des Assurances). Toutefois, ce délai ne court en cas de rétention, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance, ou en cas de Sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription ne court pas et est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure. La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un Sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité (article L114-2 du Code des Assurances). Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont la demande en justice, l'acte d'exécution forcée, la reconnaissance du droit par le débiteur.

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

6/2 L'APPLICATION DANS L'ESPACE

Les garanties du présent Contrat s'exercent conformément aux modalités prévues à l'article 2 en France ainsi qu'en Principauté d'Andorre et Principauté de Monaco : l'Assureur s'appuiera le cas échéant sur des correspondants habilités par la législation locale.

Dans les autres pays, l'intervention de l'Assureur se limite au remboursement sur justificatifs des frais et honoraires de procédure à hauteur du plafond de prise en charge spécifique prévu à l'article relatif aux montants contractuels de prise en charge pour les pays autres que la France et les Principautés d'Andorre et de Monaco.

ARTICLE 7 LA PROTECTION DE VOS INTERETS

7/1 LE SECRET PROFESSIONNEL (article L127-7 du Code des Assurances) :

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

7/2 L'OBLIGATION A DESISTEMENT :

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

7/3 L'EXAMEN DE VOS RECLAMATIONS :

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

Toute réclamation concernant le présent Contrat, sa distribution ou le traitement d'un Litige, peut être formulée par priorité auprès de votre interlocuteur habituel, et si sa réponse ne Vous satisfait pas, auprès du Service Relation Client de l'Assureur par courrier à CFPD Assurances – Service Relation Client – immeuble l'Europe – 62 rue de Bonnel – 69003 LYON ou par e-mail à relationclient@cfdp.fr.

A compter de la réception de la réclamation, l'Assureur s'engage à en accuser réception sous dix (10) jours ouvrables, et, en tout état de cause, à la traiter dans un délai maximum de deux (2) mois.

En cas de réponse défavorable du Service Relation Client de l'Assureur, Vous pouvez saisir le Médiateur de l'Assurance.

7/4 LE DESACCORD OU L'ARBITRAGE (article L127-4 du Code des Assurances) :

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

Les frais exposés pour la mise en oeuvre de cette faculté sont à la charge de l'Assureur ; toutefois, le Président du Tribunal de Grande Instance, statuant en la forme des référés, peut en décider autrement lorsque Vous avez mis en oeuvre cette faculté dans des conditions abusives.

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

7/5 LE CONFLIT D'INTERETS (article L127-5 du Code des Assurances) :

En cas de conflit d'intérêts entre Vous et l'Assureur ou de désaccord quant au règlement du Litige, Vous bénéficiez du libre choix de l'avocat ou de toute autre personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur pour Vous défendre, et de la possibilité de recourir à la procédure de désaccord et d'arbitrage.

7/6 LA LOI « INFORMATIQUE ET LIBERTES » :

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

Ces données pourront être utilisées par l'Assureur pour les besoins de la gestion des services souscrits en exécution du présent Contrat.

Elles pourront être également utilisées pour les actions commerciales de l'Assureur.

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

Les Bénéficiaires du présent Contrat ont le droit d'obtenir communication de leurs données auprès de l'Assureur, d'en exiger, le cas échéant, la rectification, et de s'opposer à leur utilisation à des fins de prospection, notamment commerciale.

7/7 L'AUTORITE DE CONTROLE :

L'autorité de contrôle de l'Assureur est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 4 Place de Budapest - 75436 PARIS cedex 09.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE depuis les DOM au 09 69 36 72 08(*) depuis la MÉTROPOLE au 01 40 25 51 16
 (*) prix d'un appel local depuis un poste fixe

et communiquez le nom et n° du contrat ; le nom, prénom et l'adresse exacte du bénéficiaire ainsi que le n° de téléphone où il peut être joint

du lundi au samedi de 12H à 22H* - hors jours fériés - Tél. DOM : 0969 36 72 08(*) - Métro : 0140 25 51 16

*heure Paris

(*) prix d'un appel local depuis un poste fixe

• Les informations d'ordre général : besoin de connaître le numéro du centre antipoinc le plus proche ; les coordonnées d'une clinique et sa spécialité ; si vous partez en voyage, quel type de vaccin est nécessaire ; l'incidence de l'alimentation sur la santé...
 • Les informations spécifiques à une pathologie : Alzheimer, parkinson, le sida... si vous cherchez une association en rapport avec une maladie, connaître son évolution, les risques de transmission...

- Le décès : la constatation, le don d'organe, le transport et la conservation du corps, les chambres funéraires...
- Les obsèques : les entreprises de pompes funèbres, les marbreries, la préparation des obsèques, le choix du cercueil, les concessions, les différents rites religieux...
- Les démarches de succession : le règlement des frais d'obsèques, l'apposition des scellés, le sort des biens du défunt, les formalités administratives, la déclaration à la mairie...
- La succession : le règlement, les modalités d'attribution, les droits du conjoint, les biens à déclarer, le paiement des droits et contrôle du fisc...
- L'héritage : le testament, les mineurs, les incapables majeurs, les héritiers vivant à l'étranger, l'indivision, les actes notariés, pièces héréditaires, le partage...
- Les droits du conjoint et de ses enfants : l'aide sociale, l'allocation veuvage, les pensions de réversion et le capital décès de la Sécurité Sociale...

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE - depuis les DOM : 0969 36 72 08(*) - depuis la Métropole : 0140 25 51 16

(*) prix d'un appel local depuis un poste fixe N° DE PROTOCOLE 920991

Si le bénéficiaire le souhaite et sur prescription médicale uniquement MONDIAL ASSISTANCE France organise et prend en charge :

- La recherche et la réservation d'une place en milieu hospitalier, public ou privé, dans la limite des disponibilités, dans un rayon de 100 km autour du domicile du bénéficiaire.
- Le transport du bénéficiaire à l'hôpital et le retour au domicile en ambulance, de son domicile vers l'hôpital le plus proche ou de son choix, dans un périmètre de 50 km autour de son domicile.
- L'information à la famille, ou aux personnes désignées par le bénéficiaire, du lieu d'hospitalisation où elles pourront prendre des nouvelles.

1: HOSPITALISATION IMPRÉVUE 2: IMMOBILISATION IMPRÉVUE À DOMICILE 3: ASSISTANCE DÉCÈS 4: ASSISTANCE AUX ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS DU BÉNÉFICIAIRE DÉCÉDÉ

La présence d'un proche au chevet du bénéficiaire(1) : voyage aller/retour d'un proche ou d'une personne désignée, résidant sur le territoire concerné.

(1) non cumulable avec le transfert des enfants chez un proche

Séjour à l'hôtel de la personne désignée au paragraphe « présence d'un proche au chevet du bénéficiaire » dans la mesure où il a aussi bénéficié de l'acheminement prévu au même paragraphe. Dans la limite de 45 € TTC par nuit et 90 € TTC au total.

La garde au domicile des enfants ou petits-enfants à charge, âgés de moins de 15 ans par une personne agréée : maximum 24 heures par période d'hospitalisation à raison de minimum 4 heures par jour aux heures et jours ouvrables (trajet compris), hors jours fériés. Si l'hospitalisation devait être prolongée il pourra être organisé la présence d'un proche au domicile ou les transferts des enfants chez un proche.

La présence d'un proche au domicile(2) : voyage aller/retour d'un proche ou d'une personne désignée, résidant sur le territoire concerné pour s'occuper des enfants de moins de 15 ans.

(2) non cumulable avec le transfert des enfants chez un proche

Le transfert des enfants ou petits-enfants à charge, âgés de moins de 15 ans, chez un proche(3) : voyage aller/retour jusque chez un proche désigné, résidant sur le territoire concerné avec possibilité d'accompagnement par un proche également désigné ou un correspondant de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE.

(3) non cumulable avec la présence d'un proche ou la garde à domicile

La veille sur les ascendants vivant sous le même toit par une personne de compagnie maximum 24 heures par période d'hospitalisation à raison de minimum 4 heures par jour aux heures et jours ouvrables (trajet compris), hors jours fériés

La garde des animaux de compagnie (chiens, chats à l'exclusion de tous autres animaux)

- Soit à l'extérieur, frais de nourriture compris, dans la limite de 230 € TTC par période d'hospitalisation

- Soit chez un proche désigné(4) par le bénéficiaire résidant sur le territoire désigné dans un rayon de 100 km maximum du domicile.

(4) uniquement en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation imprévue

La livraison des médicaments en urgence : recherche d'une pharmacie proche du domicile ou de garde, achat et acheminement des médicaments prescrits par le médecin depuis moins de 24 h et immédiatement nécessaires au bénéficiaire. 24h/24 et 7 j/7. MONDIAL ASSISTANCE FRANCE fait l'avance du coût de ces médicaments que le bénéficiaire remboursera au moment où ils seront livrés.

L'aide ménagère à domicile : dans la limite des disponibilités locales pour un maximum de 15 heures pouvant être réparties sur 3 semaines, à raison de minimum 3 heures par prestation aux heures et jours ouvrables (trajet compris), hors jours fériés. Si l'immobilisation fait suite à une hospitalisation, la demande d'aide doit être faite dans les 3 jours suivant le retour au domicile.

Le coiffeur à domicile : sur rendez-vous, pris en charge une fois par immobilisation, la prestation ne doit pas excéder 45 €.

La livraison et la mise à disposition du matériel médical qui lui a été prescrit par son médecin. La demande téléphonique doit être confirmée par courrier ou télécopie, le coût du matériel reste à la charge du bénéficiaire.

La recherche d'un médecin en l'absence du médecin traitant à l'endroit où se trouve le bénéficiaire, en lui communiquant ses coordonnées. Les frais de déplacements et les honoraires sont à la charge du bénéficiaire.

La recherche d'une infirmière médicale, le plus près possible de l'endroit où se trouve le bénéficiaire, en lui communiquant ses coordonnées. Les frais de déplacements et les honoraires sont à la charge du bénéficiaire.

	1	2	3	4
	hospitalisation imprévue	immobilisation imprévue au domicile	assistance décès	assistance enfants de 0-15 ans.
La présence d'un proche au chevet du bénéficiaire	OUI	OUI	-	-
Séjour à l'hôtel de la personne désignée	OUI	OUI	-	-
La garde au domicile des enfants ou petits-enfants à charge	OUI	OUI	-	-
La présence d'un proche au domicile	OUI	-	-	OUI
Le transfert des enfants ou petits-enfants à charge, âgés de moins de 15 ans, chez un proche	OUI	OUI	-	OUI
La veille sur les ascendants	OUI	-	-	-
La garde des animaux de compagnie	OUI	OUI	OUI	-
La livraison des médicaments en urgence	-	OUI	-	-
L'aide ménagère à domicile	-	OUI	-	-
Le coiffeur à domicile	-	OUI	-	-
La livraison et la mise à disposition du matériel médical	-	OUI	-	-
La recherche d'un médecin en l'absence du médecin traitant	-	OUI	-	-
La recherche d'une infirmière médicale	-	OUI	-	-

UNIQUEMENT SUR LE DÉPARTEMENT DE LA RÉUNION

La télé-assistance ponctuelle : mise à disposition au domicile d'un dispositif de télé-assistance pendant 3 mois, si le bénéficiaire est isolé pendant sa convalescence à la suite d'une hospitalisation de plus de 15 jours.

Le dispositif est composé d'un appareil de télécommunication spécial et d'un service d'écoute. Il permet à l'assuré de lancer une alerte de n'importe quel endroit de son habitation 24h/24 en actionnant une télécommande qu'il garde sur lui. Un opérateur entre en liaison avec lui sans qu'il ait à décrocher son téléphone et analyse la situation, rassure la personne, peut également contacter un proche ou faire intervenir le médecin, les pompiers, la police, un réparateur... Si le contact avec le bénéficiaire ne peut pas être établi, l'opérateur déclenche immédiatement l'intervention la plus rapide, les proches, amis ou voisins et les secours d'urgence si nécessaire. Au-delà de 3 mois, si le bénéficiaire le désire, la télé-assistance pourra être prolongée à un tarif préférentiel.

PRESTATIONS SPECIALES

POUR ENFANT HOSPITALISÉ OU IMMOBILISÉ À DOMICILE

• L'immobilisation prescrite par un médecin et attestée par le bulletin d'hospitalisation ou certificat médical, si celui-ci doit durer plus de deux jours et si aucun proche n'est disponible sur place :
 La garde au domicile de l'enfant de moins de 15 ans malade ou convalescent, dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 24 heures par période d'immobilisation.

• Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 4 heures, aux heures et jours ouvrables (trajet compris), hors jours fériés et est assurée par une travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide soignante. Sa mission consiste à garder l'enfant convalescent, lui préparer ses repas et lui apporter les soins quotidiens. Si l'immobilisation fait suite à une hospitalisation, la demande d'aide doit être faite dans les 3 jours suivant le retour au domicile.

• **La conduite de l'enfant à l'école** s'il peut assister à ses cours mais qu'il a des difficultés à se déplacer et qu'aucun proche ne peut assurer son transport. Le transport est organisé par taxi et pris en charge à hauteur de 300 € par période d'immobilisation.

• **Une aide pédagogique dans les matières scolaires principales** lorsque l'immobilisation imprévue au domicile entraîne une absence scolaire supérieure à 14 jours consécutifs. Chaque demande est étudiée au cas par cas pour mobiliser le répétiteur scolaire habilité à donner des cours du niveau de la classe de l'enfant. Il pourra avec l'accord du bénéficiaire et de son responsable légal, prendre contact avec l'établissement scolaire fréquenté afin d'examiner avec l'instituteur pour les professeurs l'étendue du programme à étudier.

L'aide pédagogique est accordée pour la durée effective de l'année scolaire en cours, pendant les jours normalement scolarisés sauf le samedi, à raison de 15 heures par semaine, fractionnables par tranche de 3 heures de cours minimum dans la journée, par matière ou par répétiteur scolaire. Elle cesse dès que l'enfant a repris les cours normalement ou à la fin de l'année scolaire.

La mise en place de l'aide pédagogique peut nécessiter un délai de 2 jours ouvrés. Sous réserve de l'accord exprès de l'établissement de soins, l'aide pédagogique peut également être fournie en cas d'hospitalisation imprévue de l'enfant, attestée par le bulletin d'hospitalisation, qui entraîne une absence scolaire supérieure à 14 jours consécutifs.

ANNEXE 3 - TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE

CONDITIONS GÉNÉRALES D'UTILISATION (CGU) DE LA TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE MUTUELLE BLEUE N°7204262

PRÉAMBULE

En qualité de Bénéficiaire du contrat frais de santé collectif et/ou individuel souscrit auprès de Mutuelle Bleue et distribué par ADEP vous bénéficiez au titre de votre couverture frais de santé de la prise en charge par celui-ci des coûts du service de téléconsultation médicale.

Ainsi vous bénéficiez de l'accès au service de Téléconsultation médicale dans les conditions et selon les modalités définies ci-après.

ARTICLE 1 : OBJET

Les présentes Conditions Générales d'Utilisation ont pour objet de définir les conditions et modalités d'utilisation du service de Téléconsultation médicale. L'utilisation de ce service par le Bénéficiaire vaut acceptation par le Bénéficiaire des présentes Conditions Générales d'Utilisation du service de Téléconsultation Médicale fourni par l'Opérateur.

ARTICLE 2 : MODALITÉS D'UTILISATION DU SERVICE PAR LES BÉNÉFICIAIRES

Le service de Téléconsultation Médicale est accessible par le biais de la plateforme téléphonique d'AXA Assistance composée d'Infirmier(e)s Diplômé(e)s d'Etat (IDE) et de Médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins. Pour bénéficier de ce service vous devez contacter le numéro suivant :
 (+33) 01 55 92 14 35
 Plateforme disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

ARTICLE 3 : DÉFINITIONS

Dans les présentes Conditions Générales d'Utilisation, les mots ou expressions commençant par une majuscule ont la signification qui suit :

- « AXA Assistance France » : Société anonyme soumise au code des assurances - située 6, rue André Gide – 92320 Châtillon au capital de 2 082 094 € - RCS Nanterre 311 338 339, ci-après dénommée « AXA Assistance ».
- « Bénéficiaire[s] » : désigne un patient, et le cas échéant ses ayants droit, bénéficiant au titre de son contrat frais de santé de la prise en charge du service de Téléconsultation médicale fourni par AXA Assistance.
- « Equipe médicale » : structure d'assistance médicale qu'AXA Assistance met à disposition et adapte à chaque cas particulier.
- « Equipe de médecins » : Médecin ou Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat (IDE) salarié d'AXA Assistance.
- « Mutuelle Bleue » : Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité située 68 rue du Rocher 75396 Paris Cedex 08 - SIREN n° 775 671 993.
- « Médecin » : Médecin généraliste.
- « Téléconsultation » : consultation médicale par téléphone.

ARTICLE 4 : CADRE JURIDIQUE DE LA TÉLÉCONSULTATION

Le service de Téléconsultation médicale est un service de télémédecine organisé conformément au décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine par AXA Assistance dans le cadre d'un contrat conclu avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Ile de France. Ce service a pour objet de permettre à un Bénéficiaire, en tant qu'assuré de Mutuelle Bleue partenaire d'AXA Assis-

tance, de recevoir des consultations à distance par des professionnels médicaux salariés d'AXA Assistance. Vous en bénéficiez au titre de vos garanties frais de santé dans le cadre d'un accord de prise en charge conclu avec AXA Assistance, référencé N°7204262.

ARTICLE 5 : DESCRIPTION ET MODALITÉS D'UTILISATION DU SERVICE PAR LES BÉNÉFICIAIRES

L'utilisation du service de Téléconsultation médicale est réservée exclusivement aux Bénéficiaires d'une garantie frais de santé en vigueur, comprenant la prise en charge du service de Téléconsultation médicale d'AXA Assistance, et assurée par Mutuelle Bleue ayant conclu un accord de prise en charge en vigueur avec AXA Assistance. Les services fournis sont de trois (3) types :

- Téléconsultation
- Information générale sur la santé
- Orientation

5.1 Téléconsultation

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant et en dehors de toute urgence, chaque Bénéficiaire peut contacter les services d'AXA Assistance afin de bénéficier du service de Téléconsultation.

Un(e) Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat (IDE) réceptionnera son appel. Après l'avoir informé des modalités de fourniture du service de Téléconsultation et avoir recueilli son consentement, l'IDE enregistrera sa demande et le mettra en relation avec un Médecin d'AXA Assistance qui procédera à la Téléconsultation.

A l'issue de la Téléconsultation, le Médecin d'AXA Assistance lui apportera une réponse médicale adaptée à sa situation pathologique. Cette réponse pourra être effectuée sous forme :

- De conseil au Bénéficiaire ;
- D'orientation vers son médecin traitant ;
- D'orientation vers un des spécialistes suivants, dans le respect du parcours de soins :
 - un gynécologue,
 - un ophtalmologue,
 - un psychiatre ou un neuropsychiatre si le Bénéficiaire a entre 16 et 25 ans,
 - un stomatologue,
- De prescription écrite médicamenteuse ;
- De prescription écrite d'examen[s] complémentaires.

Le Médecin d'AXA Assistance est seul décisionnaire de la suite à donner à l'issue de la Téléconsultation. Dans le cas où l'Équipe Médicale d'AXA Assistance identifierait une urgence médicale, le Bénéficiaire sera réorienté immédiatement vers les services d'urgence.

Suite à la Téléconsultation et avec son autorisation, un compte-rendu de consultation pourra être adressé avec l'accord du Bénéficiaire à son médecin traitant, si le Médecin d'AXA Assistance estime qu'il y a un intérêt médical à cette transmission.

Dans certains cas, un examen physique peut être nécessaire pour établir un diagnostic.

Le cas échéant, le Médecin d'AXA Assistance réorientera le patient vers son médecin traitant.

Lorsqu'il s'agit d'une Téléconsultation pour un enfant mineur ou pour un majeur sous tutelle du Bénéficiaire du contrat, l'appel doit être effectué par le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur.

5.2 Service d'information générale sur la santé

L'Équipe Médicale d'AXA Assistance peut communiquer aux Bénéficiaires des informations, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. Elle donne alors tout renseignement d'ordre général non personnalisé.

Dans cette hypothèse, l'intervention de l'Équipe Médicale d'AXA Assistance se limite à donner des informations objectives sans que l'objet de ce service soit de favoriser une automédication.

5.3 Orientation

L'Équipe Médicale d'AXA Assistance peut aider un Bénéficiaire à exercer son libre choix en matière médicale en lui conseillant une sélection de médecins spécialistes et/ou d'établissements de santé, dans le respect du parcours de soins.

ARTICLE 6 : EXCLUSIONS

Sont exclus de la Téléconsultation :

- Les Téléconsultations lorsque l'Équipe Médicale d'AXA Assistance identifie une urgence médicale ;
- Les demandes de Téléconsultations avec un médecin autre qu'un médecin généraliste ;
- Les prescriptions pour un renouvellement de traitement dans le cas de pathologies chroniques ;
- Les prescriptions d'arrêt de travail ;
- Les certificats médicaux.

ARTICLE 7 : RESPONSABILITÉ

7.1 Responsabilité d'AXA Assistance

Les obligations souscrites par AXA Assistance dans le cadre de l'activité de Téléconsultation Médicale aux termes des présentes Conditions Générales d'Utilisation sont constitutives d'obligations de moyens.

En outre, AXA Assistance ne saurait être tenue pour responsable des interruptions de service et/ou dommages résultant :

- De défaillances ou d'interruption de réseaux téléphoniques et/ou informatiques ;
- Des modifications de la situation du Bénéficiaire, notamment de son état de santé, qui ne leur auraient pas été signalées lors de la Téléconsultation ;
- D'un cas de force majeure ou du fait d'un tiers.

7.2 Responsabilité du Bénéficiaire

Le Bénéficiaire est responsable de l'exactitude et de l'actualisation des renseignements demandés lors de la Téléconsultation pour permettre à AXA Assistance d'assurer ses engagements dans de bonnes conditions.

ARTICLE 8 : RÉCLAMATIONS ET DIFFÉRENDS

8.1 Traitement des réclamations

AXA Assistance veille à offrir un service de qualité. Si, après avoir contacté AXA Assistance par téléphone, une incompréhension subsiste, le Bénéficiaire peut adresser sa demande sous pli confidentiel à :

Direction Médicale d'AXA Assistance
6 rue André Gide

92320 Châtillon

Sa situation sera étudiée avec le plus grand soin. Une réponse sera alors adressée dans le respect des délais suivants :

- Dix (10) jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, pour en accuser réception, sauf si la réponse est elle-même apportée dans ce délai ;
- Deux (2) mois entre la date de réception de la réclamation et la date d'envoi de la réponse au Bénéficiaire.

Si le désaccord subsiste après épuisement des voies de

recours internes ci-dessus énoncées, le Bénéficiaire peut faire appel au Médiateur, personnalité indépendante, en écrivant à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance TSA 50110

75441 Paris Cedex 09

Ou en complétant le formulaire de saisine directement sur le site internet : www.mediation-assurance.org

8.2 Différends

Tous les litiges auxquels les présentes Conditions Générales d'Utilisation pourraient donner lieu, concernant tant sa validité, son interprétation, son exécution, ses conséquences et leurs suites, seront soumis aux tribunaux compétents dans les conditions de droit commun. La loi applicable est la loi française.

ARTICLE 9 : LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Conformément aux dispositions de la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles (Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 et article 32 de la loi 78-17 du 6 Janvier 1978 modifiée notamment) et conformément à sa politique de protection des données personnelles telle que publiée sur son site Internet, AXA Assistance informe chaque Bénéficiaire en sa qualité de responsable de traitement que :

- Les réponses aux questions qui lui sont posées lors de son appel par l'Équipe Médicale, après obtention de son accord pour la collecte de ses données de santé, sont nécessaires au traitement de son dossier ;
- La finalité du traitement est la Téléconsultation ;
- Les destinataires des données le concernant sont les Médecins et les Infirmier(e)s Diplômé(e)s d'Etat d'AXA Assistance et avec l'accord du Bénéficiaire, le médecin traitant et l'hébergeur de données de santé agréé ;
- Les données de santé sont conservées pendant une durée de 20 ans sous réserve des délais particuliers prévus par la loi.

- Il dispose, conformément à la réglementation en vigueur d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, de portabilité et de suppression aux informations le concernant ainsi qu'un droit à limitation du traitement des informations.

Par ailleurs, le Bénéficiaire a la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données à caractère personnel applicables après son décès.

Il peut s'adresser par courrier à :

Délégué à la protection des données

AXA Assistance

6, rue André Gide

92320 Châtillon

Email : dpo.axapartnersfrance@axa-assistance.com

L'intégralité de la politique de confidentialité d'Axa Assistance est disponible sur le site : axa-assistance.fr ou sous format papier, sur demande aux coordonnées indiquées ci-dessus.

ARTICLE 10 : COORDONNÉES

Toute notification écrite ou envoi, au titre du service de Téléconsultation médicale, doit être fait à l'adresse suivante :

AXA Assistance France

Téléconsultation médicale

6 rue André Gide

92320 Châtillon

Assurément proche !

ADEP est le spécialiste des assurances de personnes, auprès des particuliers et des entreprises, depuis près de 30 ans en Guadeloupe, Martinique, Saint Martin, Guyane, Réunion, Mayotte et en métropole.

Vous **écouter**, **comprendre** vos besoins, vous **conseiller**, vous **simplifier** l'assurance et vous **accompagner**, sont les priorités quotidiennes de l'ensemble des collaborateurs ADEP.

Nous mettons tout en œuvre pour vous apporter la tranquillité grâce à notre réseau de proximité et notre qualité de service reconnu.

Notre objectif : être proche de vous, bien vous protéger... **vous satisfaire**.

31 agences proches de vous !



ADEP Guadeloupe Siège social

11 Immeuble WEST SIDE
Rue Ferdinand Forest Prolongée - ZI Jarry
97122 BAIE MAHAULT
0590 38 00 22



ADEP Martinique

ZAC de Dillon - RD 13
Immeuble ADEP
97200 FORT DE FRANCE
0596 61 71 00



ADEP Guyane

1 place Victor Schoelcher
97300 CAYENNE
0594 25 00 25



ADEP Réunion

51 Ter rue Pasteur
97400 SAINT DENIS
0262 34 64 40



ADEP Mayotte

17 Place Mariage
97600 MAMOUDZOU
0269 60 24 88



ADEP Paris

70 rue du Rocher
75008 PARIS
0143 70 22 77

■ SANTÉ ■ OBSÈQUES ■ PRÉVOYANCE

PARTICULIERS & ENTREPRISES