

**Complémentaire  
Santé**



**Réflexe  
Prévention  
Santé**

## CONDITIONS GÉNÉRALES

**Complémentaire  
Santé**



**Réflexe  
Prévention  
Santé**

Réf. S 3463 - Dpt Mktg GIE ACM - Imprimerie TAAG - Crédit photos : FOTOLIA - Graphic Obsession - SOFEDIS N° 40 33 56 - Millésime 04/2013

# SOMMAIRE

Extrait des **Conditions Générales** du contrat collectif valant notice d'information

<b>Définitions</b> .....	<b>4</b>
<b>Dispositions spécifiques à la vente à distance</b> .....	<b>6</b>

## Complémentaire Santé

<b>Informations légales</b> .....	<b>8</b>
- Réclamation .....	8
- Médiation .....	8
- Autorité de contrôle .....	8
- Informatique et Libertés .....	8
<b>Le contrat collectif</b> .....	<b>9</b>
Art. 1 - La nature du contrat .....	9
Art. 2 - L'objet du contrat .....	9
Art. 3- Le caractère du contrat .....	9
Art. 4- Principe indemnitaire - pluralité d'organismes assureurs .....	9
<b>La vie du contrat</b> .....	<b>10</b>
Art. 5 - Les conditions et les formalités d'adhésion .....	10
Art. 6 - Les cotisations .....	11
Art. 7 - La résiliation des adhésions .....	11
Art. 8 - Les obligations de l'adhérent .....	12
Art. 9 - La fraude et la fausse déclaration .....	12
Art. 10 - L'étendue territoriale des garanties .....	12
Art. 11 - La prescription .....	12
<b>Les garanties</b> .....	<b>13</b>
Art. 12 - Les prestations couvertes .....	13
Art. 13 - Le règlement des prestations .....	13
Art. 14 - La subrogation .....	14
<b>La convention d'assistance</b> .....	<b>15</b>
- Assistance Service Plus .....	15
- Garantie frais de santé à l'étranger .....	18
- Dispositions générales .....	21
- Demande d'assistance .....	22
- Obligations du bénéficiaire en cas d'assistance .....	22
<b>Les services associés au contrat</b> .....	<b>23</b>
- La carte Avance Santé .....	23
- La télétransmission .....	23
- Telsanté .....	23
- Service Internet .....	23

## Réflexe Prévention Santé

<b>Informations légales</b> .....	<b>24</b>
- Médiation .....	24
- Autorité de contrôle .....	24
- Informatique et Libertés .....	24
<b>Le contrat collectif</b> .....	<b>25</b>
Art. 1 - La nature du contrat .....	25
Art. 2 - L'objet du contrat .....	25
<b>La vie du contrat</b> .....	<b>26</b>
Art. 3 - Les conditions et les formalités d'adhésion .....	26
Art. 4 - Les cotisations .....	26
Art. 5 - La résiliation de l'adhésion .....	26
Art. 6 - Les obligations de l'adhérent .....	26
Art. 7 - La fraude et la fausse déclaration .....	26
Art. 8 - L'étendue territoriale des garanties .....	26
Art. 9 - La prescription .....	26
<b>Les garanties</b> .....	<b>29</b>
Art. 10 - Les prestations couvertes .....	29
Art. 11 - Les exclusions .....	29
Art. 12 - Le règlement des prestations .....	29
Art. 13 - La subrogation .....	29
<b>L'accompagnement diététique</b> .....	<b>30</b>
- Le programme d'accompagnement diététique .....	31
- Le bilan nutritionnel .....	31
- Dispositions générales .....	32

<b>Extrait des statuts de la Mutuelle</b> .....	<b>33</b>
---	-----------

## ACCIDENT

Toute atteinte corporelle non intentionnelle et non prévisible de la part de l'adhérent ou du bénéficiaire, suite à des événements soudains et imprévus, individuels ou collectifs dus à des causes extérieures.

Ne sont pas considérées comme accidents les affections organiques, connues ou non dès lors que la cause réputée extérieure n'est pas matérielle. Ces événements peuvent être, entre autres : un malaise cardiaque, un infarctus du myocarde, un spasme coronarien, des troubles du rythme cardiaque, une attaque ou une hémorragie cérébrale.

## ACTES DE PRÉVENTION

Mesures destinées à éviter la survenance d'un accident, l'apparition d'une maladie, ainsi que les moyens visant à en limiter l'aggravation ou les séquelles.

## ACTES HORS NOMENCLATURE

On qualifie ainsi tous les actes médicaux qui ne figurent pas dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ni dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) et ne faisant pas partie d'un acte global répertorié. Ces actes ne donnent pas lieu à un remboursement par un régime obligatoire d'assurance maladie.

## ACTES HORS NOMENCLATURE

On qualifie ainsi tous les actes médicaux qui ne figurent pas dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ni dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) et ne faisant pas partie d'un acte global répertorié. Ces actes ne donnent pas lieu à un remboursement par un régime obligatoire d'assurance maladie.

## ADHÉRENT

Toute personne physique est désignée par le terme "adhérent" de par son appartenance au contrat. L'adhérent souscrit le contrat pour lui-même et pour les bénéficiaires qu'il désigne.

## AMM

Autorisation de Mise sur le Marché, accordée aux médicaments ayant prouvé leur efficacité et leur sécurité d'emploi, délivrée par l'AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé).

## ANNÉE D'ASSURANCE - ANNÉE DE GARANTIE

Période comprise entre deux échéances principales consécutives.

## ASSURÉ SOCIAL

Toute personne immatriculée à titre personnel à un régime obligatoire d'assurance maladie.

## AVENANT

Modification demandée en cours d'adhésion et faisant partie intégrante de l'adhésion.

## AYANT DROIT

Personne qui bénéficie des prestations versées par un régime, non à titre personnel mais du fait de ses liens avec l'adhérent.

## BÉNÉFICIAIRE

Toute personne assurée, nommément désignée sur le bulletin d'adhésion, et acceptée par la Mutuelle.

## CONJOINT DE L'ADHÉRENT

Par "conjoint", il faut entendre :

- la personne mariée à l'adhérent,
- la personne signataire d'un pacte civil avec l'adhérent,
- le concubin notoire, libre de tout lien conjugal ou de PACS avec l'assuré et vivant sous le même toit que l'adhérent.

## DÉPASSEMENT DE TARIF

Montant excédant le tarif de responsabilité ou le tarif d'autorité et non pris en charge par la Sécurité sociale.

## ECHÉANCE PRINCIPALE

Date anniversaire de la date d'effet de l'adhésion.

## EXCLUSION

Clause par laquelle la Mutuelle manifeste sa volonté d'écarter de la garantie certains événements ou types de dommages.

## HOSPITALISATION

Séjour prescrit par un médecin, effectué par un bénéficiaire pendant au moins une nuit, dans un établissement médical de soins agréé, public ou privé, pour y recevoir des soins médicaux ou chirurgicaux nécessités par une maladie, un accident ou une maternité.

## MATERNITÉ

L'état de grossesse, l'interruption de grossesse, l'accouchement, les suites de couches ainsi que les complications pathologiques de ces événements. La maternité n'est ni une maladie ni un accident.

## MÉDICAMENT HOMÉOPATHIQUE

Médicament obtenu "à partir de produits, substances ou compositions appelés souches homéopathiques", selon un procédé de fabrication homéopathique décrit par la pharmacopée européenne ou française ou, à défaut, par les pharmacopées utilisées de façon officielle dans un autre État membre de la Communauté européenne (article L.5121-1 code de la santé publique).

## MÉDECINE DOUCE

La chiropratique, l'étiopathie, l'ostéopathie et l'acupuncture sont des méthodes manuelles à visée curative.

## MÉSOTHÉRAPIE

La mésothérapie est un traitement médical consistant à administrer des médicaments par micro-injections dans la peau.

## PRESCRIPTION

Délai au terme duquel toute action dérivant du contrat est éteinte.

## RÉSILIATION

Fin de l'adhésion à l'initiative de l'adhérent ou de la Mutuelle, dans les cas et conditions prévus par la loi, ou dans le contrat d'assurance, à une date précise et en respectant un délai de préavis.

## SOINS COURANTS

Frais exposés pour une maladie ou un accident qui n'entrent pas dans le cadre d'une hospitalisation et qui donnent lieu à un remboursement par le régime d'assurance maladie obligatoire de la Sécurité sociale.

## TARIF D'AUTORITÉ

Base de remboursement du régime obligatoire pour les consultations et actes des praticiens non conventionnés.

## TARIF DE CONVENTION

Base de remboursement du régime obligatoire pour les consultations et actes des praticiens conventionnés.

## TARIF DE RESPONSABILITÉ

Base de remboursement du régime obligatoire qui sera le tarif d'autorité ou le tarif de convention selon le praticien.

## TARIF FORFAITAIRE DE RESPONSABILITÉ

TFR est un tarif de référence pour le remboursement de certains médicaments.

## TÉLÉTRANSMISSION

Système informatique d'échange d'informations.

## TICKET MODÉRATEUR

Part de dépense laissée à la charge du bénéficiaire des soins, correspondant à la différence entre le tarif de responsabilité et le remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie.

### CONDITIONS GÉNÉRALES D'UTILISATION

#### 1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES À LA VENTE À DISTANCE

##### - Information précontractuelle dans le cadre de la vente à distance

Les présentes conditions générales valent également note d'information à caractère commercial dans le cadre de la vente à distance. En vue de nos relations précontractuelles, contractuelles ainsi que de la rédaction du contrat, la langue française sera applicable. La loi applicable à nos relations précontractuelles et au contrat est la loi française.

##### - Droit de renonciation du contrat

Vous pouvez renoncer à l'adhésion conclue à distance sans pénalités et sans obligation de motivation, par lettre recommandée avec accusé de réception, dans un délai de 14 jours calendaires à compter du jour de la prise d'effet de l'adhésion ou à compter du jour où vous recevez les conditions d'adhésion et toutes autres informations complémentaires si ce dernier jour est postérieur à celui de la conclusion du contrat.

La renonciation prend effet au moment de la notification.

Dans les trente jours suivant la réception de la lettre de renonciation, la Mutuelle procédera au remboursement des sommes versées correspondant à la période au titre de laquelle la garantie n'est plus accordée. Corrélativement, la fraction de prime afférente à la période déjà couverte par la garantie reste acquise à la Mutuelle.

##### - Date de prise d'effet du contrat

L'adhésion prend effet à la date figurant sur le bulletin d'adhésion sous réserve du paiement effectif des cotisations. Il ne peut prendre effet avant l'expiration du délai de renonciation sauf acceptation expresse du souscripteur.

#### 2. DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À LA SOUSCRIPTION PAR INTERNET

##### 2.1. MODALITÉS DE SOUSCRIPTION

Si vous disposez déjà d'un espace personnel vous pouvez souscrire via cet espace, ce qui suppose que vous vous soyez, au préalable, connecté au moyen de votre identifiant et de votre mot de passe.

Si vous ne disposez pas encore d'un espace personnel, vous pouvez souscrire votre contrat directement sur le

site internet. La souscription implique alors une validation par vos soins au moyen d'un code d'activation personnel à usage unique qui vous est adressé par e-mail. Après la souscription du contrat, vous disposez d'un espace personnel sécurisé.

La souscription est réalisée sur la base des renseignements fournis par vos soins en réponse à notre questionnaire visant à recueillir les éléments permettant votre identification et l'évaluation du risque à assurer.

L'ensemble des renseignements fournis en réponse à notre questionnaire donne lieu à l'établissement d'une proposition d'adhésion.

A chaque étape qui précède la signature en ligne de l'adhésion, vous disposez de la possibilité de modifier les éléments saisis ou d'abandonner la procédure.

Après avoir pris connaissance des dispositions contractuelles, la proposition d'adhésion est validée par vos soins au moyen de la signature électronique. La signature électronique est un élément indispensable pour la validité de l'adhésion. Elle se matérialise dans le pavé acceptation par la validation des cases à cocher et du clic sur le bouton «Confirmer».

Dès validation de votre adhésion, le bulletin d'adhésion qui matérialise l'acceptation de la Mutuelle et comporte le numéro de votre adhésion est émis. Un e-mail de confirmation vous est adressé par la Mutuelle et vous pourrez consulter votre bulletin d'adhésion dans votre espace personnel.

La signature électronique permet de garantir l'authenticité et l'intégrité des informations fournies au souscripteur (proposition, conditions générales, bulletin d'adhésion). En cas de contestation, ces informations ont seule valeur probante.

##### 2.2. VOTRE ESPACE PERSONNEL

###### - Accès à votre espace personnel

Votre «espace personnel» sécurisé est accessible via le site internet [www.monespassur.fr/mtrl/](http://www.monespassur.fr/mtrl/), au moyen d'un identifiant et d'un mot de passe. Les termes «identifiant» et «mot de passe» désignent tout code confidentiel permettant au client de s'identifier et de se connecter sur l'espace personnel du site.

Le mot de passe est librement choisi par vos soins. Nous vous recommandons de le modifier régulièrement.

L'identifiant vous est adressé dans l'E-mail de confirmation de la souscription.

L'espace personnel est accessible 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. L'accès à l'espace personnel vous est proposé sous réserve d'acceptation intégrale des présentes conditions générales d'utilisation.

Le mot de passe est strictement personnel et confidentiel. A ce titre, vous vous interdisez de le communiquer à quiconque et vous engagez à le modifier sans délai en cas de perte ou de vol.

En cas d'utilisation frauduleuse du mot de passe par un tiers, les opérations ainsi réalisées sont réputées avoir été effectuées par vous-même sous votre propre responsabilité.

##### 2.3. CONSULTATION ET ARCHIVAGE DES DOCUMENTS

Chaque document contractuel mis à votre disposition lors de la souscription peut faire l'objet d'une impression sur support papier et d'un enregistrement au format Pdf sur le disque dur de votre ordinateur.

Par ailleurs, les documents contractuels seront archivés sur un support fiable et durable. Ces documents sont accessibles à tout moment dans votre espace personnel, pendant un délai conforme aux exigences légales.

##### 2.4. CONVENTION DE PREUVE

Les données fournies par l'utilisateur de ce site internet ainsi que les écrits électroniques ont la même valeur probante qu'un écrit manuscrit. Les informations fournies sont susceptibles d'être produites en tant que preuve devant la juridiction compétente en cas de litige entre les parties.

Les parties acceptent que les données stockées et archivées par voie informatique constituent la preuve des actes passés en ligne par l'utilisateur.

##### 2.5. RESPONSABILITÉS

L'éditeur du site et l'hébergeur déclinent toute responsabilité en cas de dysfonctionnement pouvant résulter de l'utilisation de l'équipement personnel de l'utilisateur pour accéder aux différents services, de faits propres aux fournisseurs d'accès ou d'un cas de force majeure. Il vous appartient d'assurer la sécurité de votre ordinateur. Lorsque vous accédez au site internet vérifiez soigneusement l'adresse affichée par votre navigateur internet, vérifiez la dernière connexion, déconnectez-vous après chaque utilisation ne cliquez jamais sur un lien contenu dans un e-mail non sollicité, supprimez les e-mails douteux sans les ouvrir.

#### 3. DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES PAR VOIE TÉLÉPHONIQUE

##### 3.1. MODALITÉS DE SOUSCRIPTION

Le contrat est conclu par échange de consentement oral, à la date de l'entretien téléphonique au cours duquel les caractéristiques de la souscription par téléphone et du contrat vous sont présentées et au cours duquel vous demandez la souscription à l'assurance. Après la souscription les informations précontractuelles et contractuelles vous sont adressées par voie postale ou par e-mail.

##### 3.2. PREUVE DU CONTRAT

Les parties conviennent que les enregistrements des conversations sont conservés par la Mutuelle ou l'intermédiaire en assurance et qu'ils constituent la preuve de l'identité du souscripteur, de son consentement à l'assurance, de la teneur du contrat, des moyen de paiement de la cotisation d'assurance et des opérations effectuées en cours de contrat.

De manière générale, les parties conviennent qu'un document électronique peut constituer un mode de preuve au même titre qu'un support papier et ce, quand bien même la preuve apportée par le souscripteur consisterait en un document établi sur support papier.



Madame, Monsieur

Vous avez choisi, pour couvrir les remboursements de vos frais de santé, notre Mutuelle

## La MTRL UNE MUTUELLE POUR TOUS

37 avenue Jean Jaurès

69007 LYON

et nous vous en remercions.

Nous vous invitons à vous reporter aux Conditions Particulières qui vous ont été remises et qui complètent cet Extrait des Conditions Générales, afin de connaître les caractéristiques de votre contrat personnel, en particulier les garanties que vous avez souscrites.

## INFORMATIONS LÉGALES

### Réclamation

En cas de difficulté dans l'application ou l'interprétation du contrat, consultez d'abord votre interlocuteur habituel.

Si sa réponse ne vous satisfait pas, vous pouvez adresser votre réclamation au :

Responsable des relations consommateurs

MTRL

37 avenue Jean Jaurès

69007 LYON

Une réponse vous sera apportée dans le plus bref délai, lequel ne saurait excéder deux mois sauf circonstances exceptionnelles qui vous seraient alors exposées.

### Autorité de contrôle

La MTRL est placée sous le contrôle de :

Autorité de Contrôle Prudential

61 rue Taitbout

75436 PARIS CEDEX 09

### Informatique et Libertés

(loi n° 78-17 du 06/01/78 modifiée par la loi n° 2004-801 du 06/08/04)

Les informations personnelles recueillies dans le cadre de la relation font l'objet d'un traitement automatisé principalement pour les finalités suivantes : gestion de la relation, prospection, animations commerciales et études statistiques, prévention de la fraude, obligations légales.

Pour les mêmes finalités que celles énoncées ci-dessus, ces informations pourront être utilisées par les entités de notre groupe et pourront le cas échéant être transmises à nos partenaires, mandataires, réassureurs, organismes professionnels et sous-traitants missionnés. Les informations de nature médicale sont traitées dans le respect de la confidentialité médicale.

Afin de se conformer à ses obligations légales, le responsable du traitement met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de mise à jour et d'opposition, notamment pour une utilisation à des fins de prospection commerciale, aux informations vous concernant.

Vous pouvez exercer ces droits en adressant un courrier à votre assureur à l'adresse suivante :

63 Chemin A. PARDON 69814 TASSIN CEDEX

## Article 1. LA NATURE DU CONTRAT

Complémentaire Santé est un contrat groupe à adhésion facultative souscrit par la Société PROCOURTAGE et par l'Association de retraite populaire individuelle (ARPI) ci-après dénommées "souscripteur", auprès de la MTRL ci-après dénommée "Mutuelle".

Ce contrat est régi par le code de la mutualité et les statuts de la MTRL.

Ce contrat peut faire l'objet de modifications ; à cette occasion une information écrite est adressée aux adhérents.

## Article 2. L'OBJET DU CONTRAT

Le contrat a pour objet d'accorder aux adhérents un complément aux prestations en nature versées par un régime obligatoire d'assurance maladie en France (à l'exclusion des Départements et des Territoires d'Outre-Mer) ou, dans les cas expressément énumérés dans le tableau des garanties, les dépenses de santé médicalement prescrites ou non.

Ce remboursement est garanti pour les frais afférents à des sinistres survenus durant la période de validité de l'adhésion en cas de maladie, d'accident ou de maternité.

Dans la limite de la dépense réelle, ce remboursement correspond soit à la différence entre le pourcentage du tarif retenu par le régime obligatoire et son remboursement, soit à un montant forfaitaire, selon les modalités décrites dans le tableau des garanties.

## Article 3. LE CARACTÈRE DU CONTRAT

Le contrat respecte les critères des contrats responsables prévus par l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale et dont dépend le bénéfice des avantages sociaux et fiscaux des contrats complémentaires.

## Article 4. PRINCIPE INDEMNITAIRE - PLURALITÉ D'ORGANISMES ASSUREURS

Les remboursements ou indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant le prise en charge instaurée par l'article L 861-3 du Code de la Sécurité sociale\* (alinéa 1 de l'article 9 loi du 31 décembre 1989).

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix (article 2 alinéa 1 décret n° 90-769 du 30 août 1990).

\*Prise en charge au titre de la protection complémentaire en matière de santé.

## Article 5. LES CONDITIONS ET LES FORMALITÉS D'ADHÉSION

### 5.1. QUALITÉ D'ADHÉRENT OU DE BÉNÉFICIAIRE

Toute personne physique âgée de 15 ans au minimum et assujettie à un régime d'assurance maladie obligatoire en vigueur en France métropolitaine peut bénéficier de ce contrat en qualité d'adhérent.

L'âge maximum autorisé à la date d'effet de l'adhésion à la formule Sérénité est fixé à 60 ans.

Les autres bénéficiaires peuvent être :

- le conjoint de l'adhérent, assujetti à titre personnel ou à titre d'ayant droit ;
- les ayants droit de l'un ou de l'autre,
- les enfants étudiants ou à charge fiscalement de l'adhérent ou du conjoint jusqu'à leurs 28 ans inclus.

Selon la formule du contrat choisie des limitations de souscription liées au régime obligatoire et / ou à l'âge de l'adhérent à la date d'effet sont appliquées.

### 5.2. PRISE D'EFFET ET DURÉE DE L'ADHÉSION

La date de prise d'effet de l'adhésion est celle mentionnée sur le bulletin d'adhésion.

#### 5.2.1. Prise d'effet

La prise d'effet de l'adhésion est subordonnée :

- à l'acceptation par la Mutuelle des personnes à garantir ;
- à l'encaissement de la 1<sup>ère</sup> cotisation relative à l'adhésion au contrat selon les modalités fixées par l'article 6.1 du présent Extrait des Conditions Générales.

La prise d'effet de la modification de la formule du contrat est fixée :

- à la première échéance principale du contrat et ultérieurement à tout moment.

Les garanties produisent leurs effets immédiatement sans délai d'attente.

#### 5.2.2. Durée

L'adhésion a une durée annuelle. Elle se renouvelle, sous réserve du paiement de la cotisation, à chaque date anniversaire de sa prise d'effet, par tacite reconduction et aussi longtemps que l'adhésion est en vigueur.

Toutes les formules du contrat sont viagères dès la date d'effet sous réserve des dispositions des articles L 221-7 (défaut de paiement des cotisations) et L 211-9 (retrait d'agrément) du Code de la Mutualité.

Une fois la demande d'adhésion acceptée, un adhérent ne peut plus être radié ou voir sa cotisation majorée, en raison d'une dégradation de son état de santé ou de sa consommation médicale.

#### 5.2.3. Faculté de renonciation

L'adhérent dispose de la faculté de renoncer à l'adhésion lorsqu'elle a été réalisée dans les conditions d'une vente à distance. (voir dispositions générales relatives à la vente par distance - Conditions générales d'utilisation).

Afin de renoncer à l'adhésion, il convient de nous adresser, à l'adresse figurant sur le bulletin d'adhésion, une lettre recommandée avec demande d'avis de réception suivant modèle ci-dessous :

*«Je soussigné [nom, prénom] demeurant [adresse de l'adhérent] déclare renoncer à l'adhésion n° [numéro d'adhésion figurant sur le bulletin d'adhésion] réalisée le [date de l'adhésion] par l'intermédiaire de [nom et adresse de l'intermédiaire ayant recueilli l'adhésion].»*

[Date] [Signature de l'adhérent].

La renonciation entraîne résiliation de l'adhésion à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

En cas de renonciation, vous n'êtes tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de résiliation.

### 5.3. MODIFICATION DE GARANTIE

La formule choisie au moment de l'adhésion s'applique à l'ensemble des bénéficiaires du contrat. Aucune modification de garantie n'est possible la première année de garantie.

Après une année de garantie la modification de la formule est possible à tout moment et la nouvelle formule choisie s'applique pour douze mois à l'ensemble des bénéficiaires. Après une année d'assurance, la modification de la formule est possible à tout moment (sous réserve de la limite d'âge fixée à 60 ans pour la formule Sérénité).

## Article 6. LES COTISATIONS

### 6.1. MONTANT À L'ADHÉSION

Le montant des cotisations annuelles est précisé sur chaque bulletin d'adhésion. Les cotisations sont payables d'avance au siège de la Mutuelle ou de son mandataire ou par prélèvement sur le compte bancaire indiqué sur le bulletin d'adhésion.

Lorsque vous optez pour le paiement par prélèvement, la notification des prélèvements au titre d'une année de garantie donnée est effectuée par le biais du bulletin d'adhésion lors de la souscription, de l'avis d'échéance lors du renouvellement et de l'avenant en cas de modification du contrat.

### 6.2. VARIATION DES COTISATIONS EN COURS D'ADHÉSION

Les cotisations du contrat évoluent selon l'âge atteint par les personnes assurées, à chaque date anniversaire de la prise d'effet de l'adhésion, et en fonction :

- du résultat enregistré par les contrats collectifs au cours de l'exercice précédent,
- du coût des actes médicaux,
- du lieu de domicile de l'adhérent,
- du changement de régime de base de l'assuré social.

En cas de modification du régime de base de la Sécurité sociale ou de variation d'intervention dans le montant laissé à la charge de l'adhérent par son régime, la Mutuelle se réserve le droit de modifier également les cotisations, éventuellement en dehors de la date anniversaire de la prise d'effet de l'adhésion.

### 6.3. NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

Le rejet du prélèvement est considéré comme défaut de paiement au titre du contrat. En cas de non-paiement des cotisations ou d'une fraction des cotisations dans les dix jours de leur échéance, la Mutuelle, indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution des contrats en justice, peut, par une lettre recommandée valant mise en demeure au titre du contrat, adressée à l'adhérent à son dernier domicile connu, suspendre les garanties trente jours après l'envoi de cette lettre.

La suspension des garanties résultant de la mise en demeure fait perdre à l'adhérent et aux bénéficiaires du contrat, même si les cotisations sont acquittées ultérieurement, le droit aux prestations pour :

- les soins reçus et les frais engagés pendant la période de suspension,
- les hospitalisations ayant débuté pendant la période de suspension,
- les accidents survenus pendant la période de suspension, quelles qu'en soient leurs suites et conséquences.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, toutes les fractions non encore payées de l'année d'assurance en cours deviendront automatiquement exigibles après l'envoi de la lettre de mise en demeure.

Les sommes non payées à bonne date porteront intérêt au taux légal à compter de la date de mise en demeure restée infructueuse.

L'adhésion au contrat prend fin dix jours après l'expiration du délai de trente jours visé ci-dessus, par notification faite dans la lettre de mise en demeure.

## Article 7. LA RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

### 7.1. RÉSILIATION PAR L'ADHÉRENT

#### 7.1.1. Résiliation de l'adhésion au contrat

L'adhésion est résiliable par l'adhérent :

- à la fin de la première période annuelle de garantie, moyennant préavis d'un mois à adresser à l'assureur par lettre recommandée, soit par une déclaration faite contre récépissé au siège de la Mutuelle, soit par acte extra judiciaire ;
- à tout moment au-delà de la première année de garantie, moyennant préavis d'un mois.

#### 7.1.2. Majoration des cotisations

L'adhésion est résiliable par l'adhérent en cas d'augmentation de la cotisation appliquée dans les conditions prévues à l'article 6.2. du présent Extrait des Conditions Générales. L'adhérent pourra résilier l'adhésion dans les quinze jours suivant celui où il aura eu connaissance de l'augmentation.

La résiliation prendra effet un mois après notification à la

Mutuelle. Celui-ci aura droit à la portion de cotisation calculée sur les bases de la cotisation précédente, au prorata du temps écoulé entre la date de la dernière échéance et la date d'effet de la résiliation.

#### 7.1.3. Survenance d'un événement

L'adhérent et la Mutuelle peuvent résilier l'adhésion en cas de :

- changement de profession,
- changement de situation matrimoniale,
- changement de régime matrimonial,
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle,

quelle que soit la durée écoulée depuis l'adhésion, et à condition que les risques garantis en relation directe avec la situation antérieure, ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle (art L.221-17 du code de la Mutualité).

Durant la première année de garantie, la résiliation de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois qui suivent la date de l'événement et prend effet un mois après que l'autre partie en ait reçu notification.

Au-delà, elle peut intervenir à tout moment moyennant un préavis d'un mois.

### 7.2. RÉSILIATION PAR LA MUTUELLE

La Mutuelle peut résilier l'adhésion :

- en cas de non-paiement de la cotisation dans les conditions prévues à l'article 6.3 du présent Extrait des Conditions Générales (art L.221-17 du code de la Mutualité) ;
- en cas de fraude au sens de l'article 9 du présent Extrait des Conditions Générales ;
- lorsque l'adhérent ne relève plus d'un régime d'assurance maladie obligatoire en France métropolitaine. Dans ce cas, la résiliation prendra effet de plein droit un mois après la date à laquelle la Mutuelle aura eu connaissance de la nouvelle situation.

## Article 8. LES OBLIGATIONS DE L'ADHÉRENT EN COURS D'ADHÉSION

L'adhérent doit signaler à la Mutuelle, par écrit, dans un délai de quinze jours à partir du moment où il en a eu connaissance, tout changement de régime d'assurance maladie obligatoire, ainsi que toute modification du nombre d'ayants droit.

### EN CAS DE SINISTRE

L'adhérent doit remettre à la Mutuelle toutes pièces concernant les frais exposés lui permettant de déterminer le montant de sa participation.



### Article 9. LA FRAUDE ET LA FAUSSE DÉCLARATION

Si l'adhérent ne fournit pas les pièces demandées, il est déchu de tout droit aux prestations pour le sinistre en cause.

Si, de mauvaise foi, l'adhérent ou le bénéficiaire fait de fausses déclarations, exagère le montant des frais, emploie comme justification des documents inexacts ou use de moyens frauduleux, il est entièrement déchu de tout droit aux prestations.

### Article 10. L'ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties du présent contrat sont acquises pour des frais engagés dans le monde entier aussi longtemps que l'adhérent relève d'un régime obligatoire d'assurance maladie en vigueur en France métropolitaine.

Les garanties se limitent hors de France aux seules prestations pour lesquelles le régime obligatoire aura effectué un remboursement.

Dans ce cas les garanties s'exercent dans la limite de 180 jours consécutifs.

### Article 11. LA PRESCRIPTION

La prescription est la date ou la période au-delà de laquelle aucune réclamation n'est plus recevable. La prescription est régie par les règles ci-dessous qui ne peuvent être modifiées en application de l'article L.221-12-1 du Code de la Mutualité selon lequel «les parties d'une opération individuelle ou collective ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.»

Delai de prescription :

L'article L.221-11 du Code de la Mutualité prévoit que «Toutes actions dérivant des opérations [des mutuelles et des unions] sont prescrites par **deux ans** à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;

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

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

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L.111-1, 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.

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

Causes d'interruption de la prescription :

Les causes d'interruption sont prévues par l'article L.221-12 du Code de la Mutualité, qui stipule que «La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.»

Les causes d'interruption ordinaires sont les suivantes :

- toute assignation ou citation en justice, même en référé,
- tout acte d'exécution forcée,
- toute reconnaissance par la Mutuelle du droit à garantie de l'adhérent,
- toute reconnaissance de dette de l'adhérent envers la Mutuelle,
- une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution.

Les garanties du contrat ainsi que leurs modalités d'application sont décrites dans le "Tableau des garanties" remis lors de l'adhésion au présent contrat. Le remboursement s'effectue, dans la limite des frais réellement engagés, selon la formule choisie par l'adhérent au bulletin d'adhésion et acceptée par l'assureur.

### Article 12. LES PRESTATIONS COUVERTES

Seuls les frais correspondant à des actes dispensés pendant la période de garantie pourront être pris en charge, en fonction des garanties et limites décrites dans le tableau des garanties.

**Les garanties exposées dans le tableau des garanties couvrent des prestations avec et sans prise en charge du régime de base obligatoire.**

Les garanties sont exprimées :

- soit en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale et s'entendent remboursement du régime de base compris,
- soit en euros dans la limite d'un forfait dans l'année d'assurance ou d'un forfait journalier, incluant le cas échéant, le remboursement du régime obligatoire.

Les frais pris en charge sont, en tout état de cause, limités aux frais réellement engagés.

Seuls les dépassements autorisés par la Sécurité sociale sont pris en charge selon les différentes formules, s'ils sont pratiqués avec tact et mesure comme prévu par le code de déontologie des praticiens.

#### 12.1 LES ACTES DE PRÉVENTION

Les actes de prévention mentionnés dans le tableau de garantie s'entendent des actes listés par arrêté ministériel. L'ensemble des actes inscrits sur cette liste font l'objet d'un remboursement dès lors qu'ils sont prescrits par le médecin traitant.

#### 12.2 LES FRAIS NON PRIS EN CHARGE PAR LES RÉGIMES OBLIGATOIRES D'ASSURANCE

La participation prévue dans le tableau des garanties pour les médicaments sans prise en charge de la Sécurité sociale s'applique exclusivement aux médicaments non homéopathiques vendus en pharmacie d'officine en France.

La condition de la vente en pharmacie d'officine en France s'applique également aux moyens contraceptifs et aux vaccins.

#### 12.3 ACTES DENTAIRES HORS NOMENCLATURE

La participation prévue au tableau des garanties pour les actes hors nomenclature dentaire est soumise à l'avis du chirurgien dentiste conseil de l'assureur. Seuls les actes approuvés par le dentiste conseil seront admis au remboursement.

### Article 13. LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Le règlement est effectué sur la base des décomptes transmis directement par le régime obligatoire d'assurance maladie de l'adhérent à la Mutuelle.

Si le régime obligatoire ne peut pas transmettre directement le décompte, l'adhérent devra envoyer à la Mutuelle les originaux des décomptes de remboursement.

Dans le cas où le décompte ne mentionne pas les frais réels, l'adhérent y joindra les factures et notes attestant du montant de la dépense réelle ; à défaut, les frais réels sont considérés comme n'excédant pas le tarif retenu par le régime obligatoire.

Pour déterminer le montant de sa participation, la Mutuelle peut demander la facture détaillée et le cas échéant, la prescription médicale. A réception, la Mutuelle fixe le montant de sa participation en fonction des garanties souscrites et procède au remboursement.

#### 13.1 LE RÈGLEMENT DES MÉDICAMENTS NON HOMÉOPATHIQUES, VACCINS ET MOYENS CONTRACEPTIFS MÉDICALEMENT PRESCRITS OU NON, AYANT FAIT L'OBJET D'UNE AMM EST EFFECTUÉ SUR LA BASE DE L'ORIGINAL DE LA FACTURE ACQUITTÉE DÉTAILLÉE COMPRENANT OBLIGATOIREMENT :

- l'identification de l'officine française,
- l'identification de l'adhérent et/ou des bénéficiaires,
- la date d'achat,
- le nom commercial du médicament, vaccin ou moyen contraceptif, avec son prix,
- le montant total de la facture.

#### 13.2 LE RÈGLEMENT DES ACTES DENTAIRES

**L'ATOUT FIDÉLITÉ** dentaire permet de bénéficier après 2 années de garantie d'une majoration de la participation de la Mutuelle de 50 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale pour les prothèses dentaires acceptées par la Sécurité sociale.

**L'ATOUT SOURIRE** permet de bénéficier d'une majoration de la participation de l'assureur de 50 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale pour les prothèses fixées sur les dents antérieures (incisives, canines, prémolaires) acceptées par la Sécurité sociale.

**L'ATOUT QUALITÉ BIO** permet de bénéficier d'un supplément de remboursement pour les soins et prothèses, exclusivement réalisés en matériau céramo-céramique, acceptés ou refusés par la Sécurité sociale.

Cette bonification s'applique aux formules Essentiel, Liberté, Privilège et Sérénité.

L'Atout Bio est remboursable sur la base d'une facture détaillée comprenant obligatoirement :

- l'identification du praticien,
- l'identification de l'adhérent et/ou des bénéficiaires,
- la date d'exécution et de paiement,
- la nature des matériaux utilisés,
- la nature exacte des actes effectués, les références de la ou des dents traitées ou remplacées,
- le montant payé par acte dispensé et le montant total de la facture.

### Les actes dentaires hors nomenclature et l'implantologie

La participation prévue au tableau des garanties pour les actes hors nomenclature dentaire et l'implantologie est soumise à l'avis du chirurgien dentiste conseil de l'assureur. Seuls les actes approuvés par le dentiste conseil seront admis au remboursement sur la base d'une facture originale détaillée comprenant obligatoirement :

- l'identification du praticien,
- l'identification de l'adhérent et/ou des bénéficiaires,
- la date d'exécution et de paiement,
- la nature exacte des actes effectués, les références de la ou des dents traitées ou remplacées,
- le montant payé par acte dispensé et le montant total de la facture.

### 13.3 LES RÈGLEMENTS OPTIQUES

**L'ATOUT FIDÉLITÉ OPTIQUE** permet de bénéficier d'une majoration de 50 % du forfait optique en cas d'absence de consommation du forfait annuel durant deux années consécutives (pour les verres, montures et/ou les lentilles).

**L'ATOUT QUALITÉ VISION** permet de bénéficier d'une majoration de 50 % du forfait optique en cas d'achat de verres progressifs répondant au cahier des charges qualité.

Cette bonification est accordée dès la première année de souscription et ensuite une fois tous les trois ans.

Elle s'applique aux formules Liberté, Privilège et Sérénité et est remboursable sur la base d'une copie du certificat d'authenticité des verres.

Pour tout renseignement concernant les verres progressifs concernés, contactez Telsanté.

### L'optique médicale sur prescription

Pour les remboursements optiques la date prise en compte pour le remboursement est :

- celle retenue par le régime de base obligatoire pour son remboursement (verres, montures, lentilles),
- la date d'achat lorsqu'il n'y a pas de remboursement du régime de base obligatoire (lentilles).

Le règlement du forfait lentille intervient sur présentation d'une facture détaillée acquittée comprenant obligatoirement :

- l'identification de l'opticien,
- l'identification de l'adhérent et/ou des bénéficiaires,
- la date de prescription,
- la date de paiement,
- la nature de l'achat (lentilles, produit d'entretien) et les références Sécurité sociale des produits,
- le montant total de la facture.

### 13.4 FRAIS A L'ÉTRANGER

Le règlement est effectué sur la base des factures originales détaillées acquittées et des justificatifs de participation du régime de base, ainsi que du motif des soins dispensés à l'étranger.

Pour déterminer le montant de sa participation, la Mutuelle peut demander des renseignements complémentaires (caractéristique du séjour, nature exacte des soins, demande de traduction).

Les frais exposés à l'étranger sont remboursés en euros selon les mêmes critères que les soins dispensés en France dans la limite des frais réels convertis en euros.

Le remboursement correspond soit à la différence entre le pourcentage du tarif remboursé par la Sécurité sociale déduction faite de son remboursement, soit au montant forfaitaire selon les modalités décrites dans le tableau des garanties.

### 13.5 ADRESSE D'ENVOI

Toutes les pièces nécessaires aux remboursements sont à adresser à :

**Telsanté MTRL**  
**63 chemin Antoine Pardon**  
**69814 TASSIN CEDEX**

### Article 14. LA SUBROGATION

La Mutuelle est subrogée, dans les termes de l'article L. 224-9 du Code de la Mutualité, dans les droits et actions de l'adhérent contre tout responsable du sinistre, jusqu'à concurrence des prestations payées.

Les dispositions qui suivent ont pour objet de définir les services d'assistance qui peuvent être accordés aux bénéficiaires d'un contrat complémentaire santé.

## ASSISTANCE SERVICE PLUS

Ces garanties s'exercent uniquement en France métropolitaine

### 1. GARANTIE AU DOMICILE EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE

Le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers ou le SAMU et le médecin traitant.

En France, les secours de première urgence sont gratuits. Toutefois, en cas de difficultés, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE pourra communiquer au bénéficiaire les coordonnées de ces services publics.

#### 1.1. RECHERCHE DE MÉDICAMENTS

En cas d'accident survenu au domicile ou de maladie non chronique, si à la suite de la délivrance d'une ordonnance nécessitant l'achat urgent de médicaments indispensables, le bénéficiaire n'est pas en mesure de se déplacer de son domicile, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE fait le nécessaire pour rechercher, acheter et apporter au domicile du bénéficiaire ces médicaments, sous réserve de leur disponibilité en pharmacie. MONDIAL ASSISTANCE FRANCE fait l'avance du coût de ces médicaments, que le bénéficiaire devra rembourser au moment même ou ceux-ci lui seront apportés. Le service de livraison des médicaments est pris en charge par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE.

#### 1.2. RECHERCHE ET ENVOI D'UNE INFIRMIÈRE

À la demande du bénéficiaire, et sur prescription médicale, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE se charge de rechercher et d'envoyer une infirmière au domicile du bénéficiaire dans la limite des disponibilités locales.

Les frais de déplacements, de soins et d'honoraires sont à la charge du bénéficiaire.

### 1.3. EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 3 JOURS SUITE A UNE MALADIE OU UN ACCIDENT

#### 1.3.1. Garde des enfants

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise la garde des enfants à charge, de moins de 15 ans dans la limite des disponibilités locales.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE prend en charge cette garde pendant 3 journées consécutives à raison de 12 heures par jour (de 7H00 à 19H00).

Cette assistance est accordée également en cas de décès du bénéficiaire.

#### 1.3.2. Conduite des enfants à l'école

Le garde d'enfants pourra, si aucun proche ne peut se rendre disponible, accompagner les enfants à la crèche ou à l'école et retourner les chercher.

Cette garantie est accordée pendant les 3 journées de prise en charge citées au paragraphe 1.3.1.

#### 1.3.3. Transfert des enfants en France métropolitaine

**Mondial Assistance France organise et prend en charge :**

- soit le transfert aller et retour des enfants à charge de moins de 15 ans, par train 1<sup>ère</sup> classe ou avion classe touriste, chez une personne désignée par le bénéficiaire résidant en France métropolitaine et dans la Principauté de Monaco. L'accompagnement des enfants, s'il est jugé nécessaire par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE, est effectué par nos correspondants ou par un proche désigné par le bénéficiaire ;

- soit la mise à disposition pour une personne désignée par le bénéficiaire et résidant en France métropolitaine et dans la Principauté de Monaco, d'un billet aller et retour de train 1<sup>ère</sup> classe ou d'avion classe touriste, afin qu'elle vienne au domicile du bénéficiaire pour effectuer la garde des enfants.

Cette assistance est également accordée en cas de décès de l'assuré pour transférer les petits-enfants se trouvant chez lui, vers le domicile de leurs parents.

#### 1.3.4. Présence au chevet d'un membre de la famille

En cas d'hospitalisation du bénéficiaire supérieure à 3 jours, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE met à la disposition d'un membre de la famille ou d'une personne désignée par le bénéficiaire un billet aller et retour de train 1<sup>ère</sup> classe ou d'avion classe touriste afin de se rendre à son chevet.

Cette prestation est organisée et prise en charge au départ et à destination de la France métropolitaine et de la Principauté de Monaco.

#### 1.3.5. Hébergement d'un membre de la famille

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise le séjour à l'hôtel de la personne désignée au paragraphe 1.3.4 et prend en charge ses frais exposés jusqu'à un maximum de 80 euros TTC par nuit. Cette prise en charge ne peut en aucun cas dépasser, 480 euros T.T.C pour la durée du séjour. Les frais de restauration sont exclus.

Cette assistance n'est accordée que si l'acheminement de ladite personne a été organisé préalablement dans les conditions définies au paragraphe 1.3.4 (sauf accord exprès de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE).



### 1.3.6. Aide ménagère à domicile

Pendant et/ou à la suite immédiate d'une hospitalisation du bénéficiaire de plus de 3 jours, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE évalue les besoins du bénéficiaire, recherche et missionne dans la limite des disponibilités locales, une aide ménagère pour un maximum de 10 heures. L'intervention aura lieu pendant l'hospitalisation et/ou dans les 8 jours ouvrés et consécutifs suivant la fin de l'hospitalisation.

Chaque prestation de l'aide ménagère dure au minimum 3 heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La mission de l'aide ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens au domicile du bénéficiaire.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE prend en charge les frais ainsi occasionnés.

L'assistance Aide Ménagère à domicile est limitée à trois interventions par année d'assurance du contrat complémentaire santé et par bénéficiaire.

Si le besoin du bénéficiaire s'étend au-delà des 10 heures maximum prévues, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE peut, sur demande expresse du bénéficiaire, organiser la continuité immédiate du service d'aide ménagère.

**Dans ce cas, les frais de service restent intégralement à charge du bénéficiaire.**

Cette prestation est éligible au dispositif fiscal Borloo.

### 1.3.7. Garde des animaux de compagnie (chiens, chats)

Suite à l'hospitalisation du bénéficiaire, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge la garde à l'extérieur, des petits animaux de compagnie, à la condition qu'ils aient reçu les vaccinations obligatoires.

Les frais de garde et de nourriture sont pris en charge avec un maximum de 230 euros TTC.

### 1.3.8. Transmission de messages

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE se chargera de transmettre les messages qui vous sont destinés lorsque vous ne pouvez être joint directement, par exemple, en cas d'hospitalisation.

De même, nous pourrions communiquer, sur appel d'un membre de votre famille, un message que vous aurez laissé à son intention.

### 1.4. SERVICES EN CAS DE MALADIE D'UN ENFANT DU BÉNÉFICIAIRE

Lorsque le médecin traitant estime que l'état de santé de l'enfant bénéficiaire nécessite la présence d'une personne à son chevet, et que ni le bénéficiaire, ni son conjoint ne peuvent assumer cette tâche, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE fournit une garde d'enfants malades et prend en charge sa rémunération pendant 6 journées consécutives à raison de 12 heures par jour.

Ce service est accordé sur la base d'un certificat médical établi par le médecin traitant. Ce document sera transmis au médecin de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE par mail, fax ou courrier.

La mise à disposition d'une garde d'enfants malades et la prise en charge de sa rétribution ne peuvent dépasser trois interventions par année de couverture du contrat complémentaire maladie pour chaque enfant.

## 2. EN CAS D'URGENCE

### 2.1. RECHERCHE D'UN MÉDECIN

En l'absence du médecin traitant, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE aide à trouver un médecin proche du domicile du bénéficiaire (médecin de garde ou organisme d'urgence).

En aucun cas, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne sera tenue pour responsable si aucun médecin n'est disponible. De même, la non-disponibilité ou l'éloignement trop important du médecin susceptible de se déplacer ne pourra être retenu à l'encontre de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE.

### 2.2. RECHERCHE ET RÉSERVATION D'UNE PLACE EN MILIEU HOSPITALIER

A la demande du bénéficiaire et sur prescription médicale, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise l'admission en milieu hospitalier (public ou privé) dans un rayon de 50 km du domicile du bénéficiaire dans la limite des disponibilités locales.

### 2.3. TRANSFERT À L'HÔPITAL ET RETOUR AU DOMICILE

La prise en charge financière par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE des services indiqués s'effectue dans tous les cas en complément des remboursements éventuels obtenus par le bénéficiaire (ou ses ayants droit) auprès de la Sécurité sociale et de l'assureur du contrat complémentaire santé ou de tout autre organisme de prévoyance auquel il serait affilié.

En conséquence, le bénéficiaire s'engage, au préalable, à effectuer toutes démarches nécessaires au recouvrement de ses frais auprès de ces organismes.

a) Dans le cas où l'état de santé du bénéficiaire nécessite une hospitalisation et sur prescription médicale après intervention des premiers secours et/ou du médecin traitant, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise le transport par ambulance du bénéficiaire, de son domicile à l'hôpital le plus proche dans un rayon de 50 Km.

Il appartient au médecin intervenant sur place de décider seul de la nécessité d'une éventuelle médicalisation du transport du bénéficiaire par le SAMU ou tout autre moyen de transport sanitaire.

b) A l'issue de l'hospitalisation, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise le transport du bénéficiaire s'il n'est pas en état de se déplacer dans des conditions normales, de l'hôpital à son domicile (dans un rayon de 50 km du domicile).

### 3. ALLO INFOS SANTÉ

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi de 7h à 21h, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE communique au bénéficiaire les renseignements qui lui sont nécessaires dans les domaines suivants :

- la vie courante,
- les préparatifs d'un voyage,
- des conseils médicaux spécialisés.

#### 3.1. ALLO INFOS JURIDIQUES ET VIE PRATIQUE

A la demande du bénéficiaire et sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi de 9h à 20h, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE recherche et communique au bénéficiaire le ou les renseignements nécessaires à la résolution des problèmes de la vie familiale et quotidienne :

- renseignements juridiques,
- renseignements vie pratique.

La responsabilité de MONDIAL ASSISTANCE ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou d'une interprétation inexacte du ou des renseignements qui lui ont été demandés.

## 4. EXCLUSIONS

**Outre les exclusions précisées dans le texte du présent contrat, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales.**

**MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés. MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerre civile ou étrangère, révolutions, mouvements populaires, émeutes, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, pirateries, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.**

**Dans l'exécution de ses obligations, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne sera pas tenue d'intervenir dans les cas de sinistre résultant d'événements tels que ceux précités. Elle s'efforcera néanmoins de tout mettre en œuvre pour venir en aide au bénéficiaire.**

**MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne sera pas tenue d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis, de façon volontaire, des infractions à la législation en vigueur.**

**Les événements survenus du fait de la participation du bénéficiaire en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matches, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires, sont exclus ainsi que l'organisation et la prise en charge de tous frais de recherche.**

### GARANTIE FRAIS DE SANTÉ A L'ÉTRANGER

Réservée aux adhérents ayant souscrit la formule **Sérénité du contrat Complémentaire Santé et domiciliés en France métropolitaine**

Les dispositions qui suivent ont pour objet de définir les services d'assistance accordés aux bénéficiaires d'un contrat ayant souscrit la formule Sérénité.

Cette garantie concerne les frais engagés à la suite d'un accident, d'une maladie ou de problèmes dentaires, ayant un caractère imprévisible.

Un accord préalable de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE est nécessaire pour la mise en œuvre de cette garantie.

#### 1. VALIDITÉ TERRITORIALE

Les assistances sont accordées dans le monde entier **hors France métropolitaine**. Les prestations d'assistance sont gérées par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE.

Les garanties ci-après définies s'appliquent aux séjours à l'étranger **dont la durée n'excède pas 180 jours consécutifs**.

#### 2. ASSISTANCE AUX PERSONNES : EN CAS DE MALADIE OU DE BLESSURE

##### 2.1. SOINS LIÉS A UNE HOSPITALISATION ET SOINS DENTAIRES A L'ÉTRANGER

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE fait l'avance au bénéficiaire des frais de séjour, des frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques en cas d'hospitalisation à l'étranger.

Les frais de séjour, les honoraires et autres frais médicaux liés à l'hospitalisation sont pris en charge par l'assureur du contrat complémentaire santé à concurrence des frais réels, et dans la limite de 150 000 euros, sous déduction des prestations du régime de base et d'éventuels organismes complémentaires.

Les frais occasionnés pour une prestation dentaire à caractère d'urgence sont pris en charge par l'assureur du contrat complémentaire santé à concurrence des frais réels, et dans la limite de 750 euros par séjour à l'étranger, sous déduction des prestations du régime de base et d'éventuels organismes complémentaires.

Sont considérés comme soins d'urgence :

- les soins pour calmer la douleur : les dévitalisations, pansements, obturations, extractions ;
- les réparations de prothèses dentaires nécessaires pour permettre à nouveau la mastication (la mise en place de nouvelles prothèses conjointes ou adjoindes n'est pas prise en charge).

##### 2.2. PROCÉDURE SPÉCIFIQUE AUX USA

Lorsqu'un bénéficiaire est en déplacement aux USA et qu'il se trouve confronté à un problème médical ; la procédure à respecter est la suivante :

- 1) l'assuré appelle en priorité MONDIAL ASSISTANCE FRANCE au +33 2 43 80 20 80.

- 2) MONDIAL ASSISTANCE FRANCE appelle son prestataire américain "notre interlocuteur" qui va ouvrir un dossier.

- 3) A la demande de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE, notre interlocuteur organise le transport de l'assuré sur l'hôpital conseillé de son réseau affilié.

- 4) Notre interlocuteur informe MONDIAL ASSISTANCE FRANCE que l'assuré a été transporté à l'hôpital.

- 5) Lorsque l'assuré est admis dans le centre hospitalier, notre interlocuteur envoie une demande de prise en charge des frais médicaux par fax à l'hôpital.

Cette prise en charge évitera toute avance financière de la part de l'assuré.

Il sera demandé à l'assuré une autorisation de divulgation de son dossier médical pour notre interlocuteur (obligatoire aux USA).

##### 2.3. RAPATRIEMENT DEPUIS L'ÉTRANGER

Si l'état du bénéficiaire le permet et le justifie, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge le rapatriement de l'étranger vers la France métropolitaine. Selon la gravité du cas, le rapatriement ou le transport est effectué, sous surveillance médicale si nécessaire, par le plus approprié des moyens suivants :

transport aérien, train, wagon-lit, bateau, ambulance, jusqu'au service hospitalier le mieux adapté, proche du domicile en France métropolitaine.

Dans le cas où l'hospitalisation à l'arrivée ne serait pas indispensable, le transport est assuré jusqu'au domicile.

Si l'hospitalisation n'a pu se faire dans un établissement proche du domicile, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge, lorsque l'état de santé le permet, le transport de cet hôpital au domicile. MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne peut, en aucun cas, se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés, à l'exception :

- des frais d'évacuation sur pistes de ski à concurrence de 160 euros TTC (frais de recherche exclus),
- des frais de transport en ambulance ou en taxi jusqu'au lieu le plus proche où pourront être prodigués les soins appropriés, en cas de blessure légère, ne nécessitant ni un rapatriement ni un transport médicalisé.

##### 2.4. ACCOMPAGNEMENT LORS DU RAPATRIEMENT OU TRANSPORT SANITAIRE

Si le bénéficiaire est transporté dans les conditions définies au paragraphe 2.3 ci-dessus, et si son état de santé le justifie, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge, après avis de son médecin, le voyage d'une personne également

bénéficiaire du contrat et se trouvant sur place pour permettre de l'accompagner.

##### 2.5. PRÉSENCE AUPRÈS DU BÉNÉFICIAIRE HOSPITALISÉ

Si l'hospitalisation et si l'état de santé du bénéficiaire ne justifie pas ou empêche un rapatriement ou un retour immédiat, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise le séjour à l'hôtel d'un membre de sa famille ou d'une personne désignée se trouvant déjà sur place et qui reste à son chevet, et prend en charge ces frais imprévus réellement exposés jusqu'à un maximum de 80 euros TTC par nuit. Cette prise en charge est plafonnée à 480 euros TTC maximum par personne.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE prend également en charge le retour de cette personne, si elle ne peut utiliser les moyens initialement prévus.

Si l'hospitalisation sur place doit dépasser 10 jours, et si personne ne reste au chevet du bénéficiaire, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE met à la disposition d'un membre de sa famille ou d'une personne désignée, un billet aller et retour de train 1<sup>ère</sup> classe ou d'avion classe touriste, afin de se rendre auprès du bénéficiaire, ceci uniquement au départ de la France métropolitaine.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise le séjour à l'hôtel de cette personne et prend en charge les frais exposés jusqu'à un maximum de 80 euros TTC par nuit. Cette prise en charge est plafonnée à 480 euros TTC maximum par personne.

##### 2.6. PROLONGATION DE SÉJOUR À L'HÔTEL

A l'étranger, si l'état de santé du bénéficiaire ne justifie pas une hospitalisation ou un transport sanitaire et que le bénéficiaire peut entreprendre son retour à la date initialement prévue, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE prend en charge, s'il y a lieu, ces frais réellement exposés de prolongation de séjour à l'hôtel, ainsi que ceux d'une personne demeurant à son chevet jusqu'à un maximum de 80 euros TTC par nuit. Cette prise en charge est plafonnée à 480 euros TTC par personne.

Lorsque l'état de santé du bénéficiaire le permet, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge son retour, et éventuellement celui de la personne qui est restée près de lui, si le bénéficiaire ne peut pas rentrer par les moyens initialement prévus.

#### 3. ASSISTANCE AUX PERSONNES EN CAS DE DÉCÈS

##### 3.1. RAPATRIEMENT OU TRANSPORT DE CORPS

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge le transport du corps du bénéficiaire depuis le lieu de la mise en bière, en France ou à l'étranger, jusqu'au lieu d'inhumation en France métropolitaine.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE prend en charge les frais annexes nécessaires au transport du corps dont le coût d'un cercueil de modèle simple permettant le transport. Les frais de

cérémonie, d'accessoires, d'inhumation ou de crémation en France métropolitaine sont à la charge des familles.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise également et prend en charge, le retour jusqu'au lieu d'inhumation des membres de la famille accompagnant le bénéficiaire au moment de son décès.

Dans le cas où des raisons administratives imposeraient une inhumation provisoire ou définitive sur place, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge le transport aller et retour d'un membre de la famille (conjoint ou concubin, ascendant ou descendant, frère ou sœur) si l'un d'eux n'est pas déjà sur les lieux, en mettant à sa disposition un billet de train 1<sup>ère</sup> classe ou d'avion classe touriste, pour se rendre de son domicile en France métropolitaine, jusqu'au lieu d'inhumation.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise alors le séjour à l'hôtel du membre de la famille qui doit se déplacer et prend en charge ces frais exposés, jusqu'à un maximum de 80 euros TTC par nuit. Cette prise en charge est plafonnée à 480 euros TTC maximum par personne.

Si le bénéficiaire doit interrompre son séjour, en France ou à l'étranger, afin d'assister aux obsèques de son conjoint ou concubin ou toute personne ayant signé un PACS (pacte Civil de Solidarité) avec l'adhérent, d'un ascendant ou descendant, d'un frère ou d'une sœur, d'un beau-père ou d'une belle-mère, d'un gendre ou d'une belle-fille, d'un beau-frère ou d'une belle-sœur, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE met à sa disposition et prend en charge un billet de train 1<sup>ère</sup> classe ou d'avion classe touriste, depuis le lieu du séjour jusqu'à son domicile ou jusqu'au lieu d'inhumation en France métropolitaine.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE met à sa disposition et prend en charge un billet pour regagner son lieu de séjour si cela s'avère indispensable pour permettre le retour du véhicule bénéficiaire ou des autres bénéficiaires par les moyens initialement prévus.

#### 4. AUTRES ASSISTANCES AUX PERSONNES

##### 4.1. RETOUR DES ENFANTS DE MOINS DE QUINZE ANS

Si, à la suite de la prestation d'une ou de plusieurs des assistances énoncées ci-dessus, personne n'est en mesure de s'occuper des enfants du bénéficiaire de moins de 15 ans restés sur place, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge leur retour jusqu'au domicile du bénéficiaire ou celui d'un membre de sa famille.

##### 4.2. RAPATRIEMENT OU TRANSPORT DES AUTRES BÉNÉFICIAIRES

Si la prestation d'une des assistances énoncées ci-dessus empêche les autres bénéficiaires de rejoindre leur domicile en France métropolitaine par les moyens initialement prévus, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge leur retour.



### 4.3. TRANSMISSION DE MESSAGES

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE se chargera de transmettre les messages qui lui sont destinés lorsque le bénéficiaire ne peut être joint directement, par exemple en cas d'hospitalisation. De même, nous pourrions communiquer, sur appel d'un membre de sa famille, un message que le bénéficiaire aura laissé à son intention.

### 4.4. ENVOI DE MÉDICAMENTS

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE prend toute mesure pour assurer la recherche et l'envoi des médicaments indispensables à la poursuite d'un traitement en cours, dans le cas où, suite à un événement imprévisible, il est impossible au bénéficiaire de se les procurer sur place ou d'obtenir leur équivalent.

**Le coût de ces médicaments et de leur envoi reste à la charge du bénéficiaire.**

## 5. ASSISTANCE JURIDIQUE A L'ÉTRANGER

### 5.1. PAIEMENT D'HONORAIRES

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE prend en charge à concurrence de 800 euros TTC les honoraires des représentants judiciaires auxquels le bénéficiaire pourrait faire appel, s'il est poursuivi pour infraction involontaire à la législation du pays étranger dans lequel il se trouve.

### 5.2. AVANCE DE LA CAUTION PÉNALE

Si, en cas d'infraction involontaire à la législation du pays dans lequel se trouve le bénéficiaire, celui-ci est astreint par les autorités au versement d'une caution pénale, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE en fait l'avance à concurrence de 7 000 euros TTC.

Le remboursement de cette avance doit s'effectuer dans un délai d'un mois suivant la présentation de la demande de remboursement de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE.

Si la caution pénale est remboursée avant ce délai par les autorités du pays, elle devra aussitôt être restituée à MONDIAL ASSISTANCE FRANCE.

## 6. CONDITIONS APPLICABLES AUX INTERVENTIONS LIÉES A UN ÉVÉNEMENT D'ORDRE MÉDICAL

Dans tous les cas, la décision d'assistance appartient exclusivement au médecin de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE, après contact avec le médecin traitant sur place, et éventuellement, la famille du bénéficiaire.

## 7. ASSISTANCE AUX PERSONNES : EXCLUSIONS

**Outre les exclusions précisées dans le texte du présent contrat, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les Autorités locales.**

**MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés.**

**MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne sera pas tenue d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis, de façon volontaire, des infractions à la législation en vigueur dans les pays traversés par lui.**

**Les événements survenus du fait de la participation du bénéficiaire en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matchs, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires, sont exclus du présent contrat.**

**Sont exclues, l'organisation et la prise en charge des frais de recherche en montagne, en mer ou dans un désert.**

**Sont exclues, les conséquences résultant des événements suivants :**

- guerre civile, guerre étrangère, sous réserve des dispositions à intervenir sur les assurances en temps de guerre ;
- participation active à des actes de terrorisme ou de sabotage ;
- modification de la structure du noyau atomique, radiations ionisantes et leurs conséquences directes ou indirectes ;
- usage de drogues, de stupéfiants ou d'anabolisants non ordonnés médicalement ;
- l'absorption d'alcool ;
- maladies ou accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré ou du bénéficiaire ;
- suicide ou tentative de suicide, même inconscient, dans la première année d'assurance ;
- pratique de sports aériens, compétitions, démonstrations, acrobaties, voltiges, raids, vols d'essai, vols de prototypes, tentatives de records ou d'exploits ;
- compétitions sportives avec utilisation d'un véhicule à moteur (en tant que concurrent ou entraîneur) ;
- cures de rajeunissement ou d'amaigrissement, soins esthétiques ;
- participation à grève, émeute, mouvement ou soulèvement populaire, insurrection, rixe, sauf cas de légitime défense et assistance à personne en danger, participation à tout acte criminel ou illégal, participation à pari, défi, duel ;
- pratique de sports à titre professionnel, pratique de sports de combat et arts martiaux dans le cadre de compétitions ;
- service militaire et périodes militaires ;
- convalescences et affections (maladie, accident) en cours de traitement non encore consolidées ;
- maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les six mois précédant la réalisation du risque ;
- rechutes de maladies antérieurement constituées comportant un risque d'aggravation brutale connu du bénéficiaire au moment du départ ;
- voyages entrepris dans un but de diagnostic, d'hospitalisation et/ou de traitement ;

- frais consécutifs à un accident ou une maladie constaté médicalement avant la réalisation du risque ;
- états de grossesses sauf complication imprévisible et, dans tous les cas, à partir de la 36<sup>e</sup> semaine de grossesse ;
- frais occasionnés par le traitement d'un état pathologique, physiologique ou physique constaté médicalement avant la réalisation du risque, à moins d'une complication nette et imprévisible ;
- frais de cure thermale et de séjour en maison de repos, frais de rééducation ;
- frais de prothèse interne, optique, acoustique, fonctionnelle, esthétique ou autres, les frais engagés en France métropolitaine et dans les départements d'outre mer, qu'ils soient ou non consécutifs à un accident ou une maladie survenus en France ou à l'étranger ;

- rapatriements ou transports sanitaires par avion sanitaire spécial depuis le monde entier vers la France métropolitaine ; à l'exclusion des pays suivants : France métropolitaine, Albanie, Allemagne, Autriche, Belgique, Biélorussie, Bosnie, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark (sauf Groënland), Espagne continentale (y compris Baléares et Canaries), Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Israël, Italie, Kosovo, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Macédoine, Malte, Maroc, Moldavie, Montenegro, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal continental (y compris Madère), République de San-Marin, République Tchèque, Roumanie, Royaume-Uni & îles Anglo-Normandes, Russie (partie européenne), Serbie, Slovaquie, Slovaquie, Suède, Suisse, Tunisie, Turquie, Ukraine, Vatican.

## DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Les prestations de la convention d'assistance souscrite par la Mutuelle auprès de Fragonard Assurances (S.A. au capital de 37 207 660 euros 479 065 351 RCS Paris - Entreprise régie par le Code des Assurances - Siège social : 2 Rue Fragonard - 75017 PARIS) sont mises en œuvre par Mondial Assistance France (société par actions simplifiée au capital de 7 584 076.86 euros - 490 381 753 RCS Paris - Siège social : 54, rue de Londres - 75008 PARIS - Société de courtage d'assurances - inscription ORIAS 07 026 669).

### 1. ENGAGEMENTS FINANCIERS DE MONDIAL ASSISTANCE FRANCE

L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées ci-avant ne peut donner lieu au remboursement que si Mondial Assistance France a été prévenue de cette procédure et a donné son accord exprès en communiquant au bénéficiaire un numéro de dossier. Dans ce cas, les frais seront remboursés sur justificatifs et dans la limite de ceux qui auraient été engagés par Mondial Assistance France si elle avait elle-même organisé le service.

Seuls les frais complémentaires à ceux que le bénéficiaire aurait dû normalement engager pour son retour au domicile en France métropolitaine, sont pris en charge par Mondial Assistance France.

Lorsque Mondial Assistance France a accepté le changement d'une destination fixée contractuellement, sa participation financière ne pourra être supérieure au montant qui aurait été engagé si la destination initiale avait été conservée.

En cas de prise en charge de séjour à l'hôtel, Mondial Assistance France ne participe qu'aux frais de location de chambre réellement exposés, dans la limite des plafonds indiqués ci-avant, et à l'exclusion de tous autres frais.

### 2. SUBROGATION

Toute personne bénéficiant de l'assistance s'oblige à subroger la Société d'assistance et la compagnie d'assurance agréée dans ses droits et actions, contre tout tiers responsable à concurrence des frais engagés par elles en exécution de la présente convention.

### 3. PRESCRIPTION

Toute action découlant de la garantie MONDIAL ASSISTANCE FRANCE est prescrite dans un délai de 2 ans à compter de la date de l'événement qui lui donne naissance.



### DEMANDE D'ASSISTANCE

Toute demande d'assistance doit, sous peine d'irrecevabilité, faire l'objet d'un accord préalable de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE et être formulée directement auprès des services de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE par tous les moyens (téléphone, mail, fax ou courrier) et suivant les modalités précisées ci-après.

#### 1 EN CAS D'URGENCE CONTACTER MONDIAL ASSISTANCE FRANCE SANS DÉLAI :

- Depuis la France :  
Par téléphone sur la ligne dédiée : 02 43 80 20 80.  
Par télécopie : 01 40 25 52 62.
- Depuis l'étranger (une permanence est assurée 24 h sur 24) :  
Par téléphone : +33 2 43 80 20 80.  
Par télécopie : +33 1 40 25 52 62.

Le bénéficiaire doit fournir les renseignements suivants :

- le numéro du contrat n° **920.957**,
- ses nom, prénom, le lieu où il se trouve et, si possible, le numéro de téléphone et le moment où il pourra éventuellement être contacté,
- la nature des difficultés motivant l'appel.

Faire connaître par tout moyen, en cas de blessure : les noms, adresses et numéros de téléphone du médecin ou, le cas échéant, de la clinique ou de l'hôpital dans lequel est soigné le blessé, afin que MONDIAL ASSISTANCE FRANCE puisse se mettre en rapport avec eux et suivant les décisions de l'autorité médicale, préparer le rapatriement et l'admission de la victime dans un établissement hospitalier ou une clinique choisie par les médecins ou par le patient (avec l'accord de ces derniers).

#### 2. DANS LES AUTRES CAS

##### ÉCRIRE À :

**MONDIAL ASSISTANCE FRANCE**  
**2 rue Fragonard**

**75807 PARIS CEDEX 17**

sans omettre de préciser le numéro (de contrat d'assistance) qui a été délivré et de joindre toute pièce de nature à établir la matérialité tant de l'événement que de ses débours.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne peut répondre des manquements ou contretemps qui résulteraient du non-respect, par le bénéficiaire, des dispositions qui précèdent.

### OBLIGATIONS DU BÉNÉFICIAIRE EN CAS D'ASSISTANCE

Par le seul fait qu'il réclame le bénéfice d'une assistance, le bénéficiaire s'engage à fournir à MONDIAL ASSISTANCE FRANCE :

- soit concurremment à sa demande écrite,
- soit dans les 5 jours suivant son appel (sauf cas fortuit ou de force majeure).

Tout acte, pièce, facture et certificat de nature à établir la matérialité de l'événement ouvrant droit au bénéfice des présentes conventions.

Faute par le bénéficiaire de respecter les dispositions qui précèdent, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE serait en droit de lui réclamer le remboursement des frais exposés.

### LA CARTE AVANCE SANTÉ

Pour tous ses soins, l'adhérent a la possibilité de profiter du service de la Carte Avance Santé.

Ce service exclusif évite toute avance d'argent et permet de régler ses dépenses en France auprès des professionnels de santé suivants :

- les médecins généralistes et spécialistes,
- les chirurgiens dentistes,
- les opticiens,
- les radiologues,
- les pharmaciens,
- les laboratoires,
- les auxiliaires médicaux,
- les transporteurs sanitaires,

dès lors que le praticien accepte le paiement par carte bancaire.

L'adhérent doit alors transmettre le plus rapidement possible sa feuille de soins à sa caisse d'assurance maladie.

Son compte bancaire ne sera débité qu'après le remboursement de sa caisse d'assurance maladie et la réception des remboursements de l'assureur. Sinon passé un délai de 30 jours, le compte sera débité suivant les conditions normales de fonctionnement de la carte bancaire.

### LA TÉLÉTRANSMISSION

Dans la plupart des cas, les caisses d'assurance maladie "télétransmettent" toutes les données de soins de l'adhérent et des bénéficiaires du contrat selon les modalités décrites à l'article 13 du présent Extrait des Conditions Générales.

Dans ce cas, le décompte de Sécurité sociale comprendra une mention variable selon les organismes émetteurs, par exemple : "décompte transmis à votre organisme complémentaire...".

### TELSANTÉ

L'adhérent dispose d'un numéro d'appel pour obtenir tous les renseignements concernant son adhésion au contrat Complémentaire Santé, notamment :

- consultation de ses derniers remboursements ;
- prise de contact avec un conseiller de Telsanté pour tout renseignement sur le contrat (devis dentaire, dépense optique, hospitalisation...) ;
- avant un achat optique, consultation auprès d'un conseiller de Telsanté pour prendre connaissance des avantages des opticiens partenaires de la Mutuelle. Pour faciliter l'accès à ce service, nous conseillons à l'adhérent de se munir de son attestation d'assurance sur laquelle figure son numéro de contrat.

### SERVICE INTERNET

L'adhérent a la possibilité de consulter sur internet et imprimer à tout moment ses derniers décomptes de remboursement grâce au site accessible à partir de [www.mtrl.fr](http://www.mtrl.fr).

Madame, Monsieur

Vous avez choisi, pour couvrir des prestations de santé non prises en charge par un régime obligatoire,

**la MTRL UNE MUTUELLE POUR TOUS**

**37 avenue Jean Jaurès**

**69007 LYON**

et nous vous en remercions.

Nous vous invitons à vous reporter aux Conditions Particulières qui vous ont été remises et qui complètent cet Extrait des Conditions Générales, afin de connaître les caractéristiques de votre contrat personnel, en particulier les garanties que vous avez souscrites.

## INFORMATIONS LÉGALES

### Réclamation

En cas de difficulté dans l'application ou l'interprétation du contrat, consultez d'abord votre interlocuteur habituel. Si sa réponse ne vous satisfait pas, vous pouvez adresser votre réclamation au :

Responsable des relations consommateurs

**MTRL**

**37 avenue Jean Jaurès**

**69007 LYON**

Une réponse vous sera apportée dans le plus bref délai, lequel ne saurait excéder deux mois sauf circonstances exceptionnelles qui vous seraient alors exposées.

### Autorité de contrôle

La MTRL est placée sous le contrôle de :

**Autorité de Contrôle Prudentiel**

**61 rue Taitbout**

**75436 PARIS CEDEX 09**

### Informatique et Libertés

(loi n° 78-17 du 06/01/78 modifiée par la loi n° 2004-801 du 06/08/04)

Les informations personnelles recueillies dans le cadre de la relation font l'objet d'un traitement automatisé principalement pour les finalités suivantes : gestion de la relation, prospection, animations commerciales et études statistiques, prévention de la fraude, obligations légales.

Pour les mêmes finalités que celles énoncées ci-dessus, ces informations pourront être utilisées par les entités de notre groupe et pourront le cas échéant être transmises à nos partenaires, mandataires, réassureurs, organismes professionnels et sous-traitants missionnés. Les informations de nature médicale sont traitées dans le respect de la confidentialité médicale.

Afin de se conformer à ses obligations légales, le responsable du traitement met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de mise à jour et d'opposition, notamment pour une utilisation à des fins de prospection commerciale, aux informations vous concernant.

Vous pouvez exercer ces droits en adressant un courrier à votre assureur à l'adresse suivante :

63 Chemin A. PARDON 69814 TASSIN CEDEX

### Article 1. LA NATURE DU CONTRAT

Réflexe Prévention Santé est un contrat groupe à adhésion facultative souscrit par les Fédérations du CREDIT MUTUEL et les Banques du CIC ci-après dénommées "souscripteur" auprès de la MTRL dénommée ci-après "Mutuelle".

Ce contrat est régi par le code de la mutualité et les statuts de la MTRL.

Ce contrat peut faire l'objet de modifications ; à cette occasion une information écrite est adressée aux adhérents.

### Article 2. L'OBJET DU CONTRAT

Le contrat a pour objet d'accorder aux adhérents une participation pour certaines prestations non prises en charge par un régime obligatoire d'assurance maladie.

Ce remboursement est garanti pour les frais afférents aux sinistres survenus durant la période de validité de l'adhésion.

**Dans la limite de la dépense réelle**, ce remboursement correspond à un montant forfaitaire, selon les modalités décrites dans le tableau des garanties.

## 3. LES CONDITIONS ET LES FORMALITÉS D'ADHÉSION

### 3.1. QUALITÉ D'ADHÉRENT OU DE BÉNÉFICIAIRE

Toute personne physique âgée d'au moins quinze ans et remplissant les conditions d'obtention de la carte Avance Santé peut bénéficier de ce contrat en qualité d'adhérent.

Les autres bénéficiaires peuvent être :

- le conjoint de l'adhérent,
- les ayants droit de l'un ou de l'autre,
- les enfants étudiants ou à charge fiscalement de l'adhérent ou du conjoint jusqu'à leurs 28 ans inclus.

### 3.2. PRISE D'EFFET ET DURÉE DE L'ADHÉSION

#### 3.2.1. Prise d'effet

La date de prise d'effet de l'adhésion est celle mentionnée sur le bulletin d'adhésion.

La prise d'effet de l'adhésion est subordonnée :

- à l'acceptation par la Mutuelle des personnes à garantir,
- à l'encaissement de la 1<sup>ère</sup> cotisation relative à l'adhésion au contrat, selon les modalités fixées par l'article 4.1 du présent Extrait des Conditions Générales.

Les garanties produisent leurs effets immédiatement sans délai d'attente.

#### 3.2.2. Durée

L'adhésion a une durée annuelle. Elle se renouvelle, sous réserve du paiement de la cotisation, à chaque date anniversaire de sa prise d'effet, par tacite reconduction et aussi longtemps que l'adhésion n'est pas résiliée.

#### 3.2.3. Faculté de renonciation

L'adhérent dispose de la faculté de renoncer à l'adhésion lorsqu'elle a été réalisée dans les conditions d'une vente à distance (voir Dispositions spécifiques à la vente par distance - Conditions générales d'utilisation).

Afin de renoncer à l'adhésion, il convient de nous adresser, à l'adresse figurant sur le bulletin d'adhésion, une lettre recommandée avec demande d'avis de réception suivant modèle ci-dessous :

«Je soussigné [nom, prénom] demeurant [adresse de l'adhérent] déclare renoncer à l'adhésion n° [numéro d'adhésion figurant sur le bulletin d'adhésion] réalisée le [date de l'adhésion] par l'intermédiaire de [nom et adresse de l'intermédiaire ayant recueilli l'adhésion]».

[Date]

[Signature de l'adhérent]

La renonciation entraîne résiliation de l'adhésion à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

En cas de renonciation, vous n'êtes tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de résiliation.

## 4. LES COTISATIONS

### 4.1. MONTANT À L'ADHÉSION

Le montant des cotisations annuelles est précisé sur chaque bulletin d'adhésion. Les cotisations sont payables d'avance au siège de la Mutuelle ou de son mandataire ou par prélèvement sur le compte bancaire indiqué sur le bulletin d'adhésion.

Lorsque vous optez pour le paiement par prélèvement, la notification des prélèvements au titre d'une année de garantie donnée est effectuée par le biais du bulletin d'adhésion lors de la souscription, de l'avis d'échéance lors du renouvellement et de l'avenant en cas de modification du contrat.

### 4.2. VARIATION DES COTISATIONS EN COURS D'ADHÉSION

Les cotisations du contrat évoluent à chaque date anniversaire du contrat selon les résultats enregistrés au cours des exercices précédents.

### 4.3. NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

Le rejet du prélèvement est considéré comme défaut de paiement au titre du contrat. En cas de non-paiement des cotisations ou d'une fraction des cotisations dans les dix jours de leur échéance, la Mutuelle, indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice, peut, par une lettre recommandée valant mise en demeure au titre de l'adhésion, adressée à l'adhérent à son dernier domicile connu, suspendre les garanties trente jours après l'envoi de cette lettre.

La suspension des garanties résultant de la mise en demeure fait perdre à l'adhérent et aux bénéficiaires de l'adhésion, même si les cotisations sont acquittées ultérieurement, le droit aux prestations pour les soins reçus et les frais engagés pendant la période de suspension.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, toutes les fractions non encore payées de l'année de garantie en cours deviendront automatiquement exigibles après l'envoi de la lettre de mise en demeure. Les sommes non payées à bonne date porteront intérêt au taux légal à compter de la date de mise en demeure restée infructueuse.

L'adhésion au contrat prend fin dix jours après l'expiration du délai de trente jours visé ci-dessus, par notification faite dans la lettre de mise en demeure.

## 5. LA RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

### 5.1. RÉSILIATION PAR L'ADHÉRENT

#### 5.1.1. Résiliation de l'adhésion au contrat

L'adhésion est résiliable par l'adhérent :

- à la fin de la première période annuelle de garantie, moyennant préavis d'un mois à adresser à la Mutuelle par lettre recommandée, soit par une déclaration faite contre récépissé au siège de la Mutuelle, soit par acte extrajudiciaire,
- à tout moment au-delà de la première année de garantie, moyennant préavis d'un mois.

#### 5.1.2. Majoration des cotisations

L'adhésion est résiliable par l'adhérent en cas d'augmentation de la cotisation appliquée dans les conditions prévues à l'article 4.2 du présent Extrait des Conditions Générales. L'adhérent pourra résilier l'adhésion dans les quinze jours suivant celui où il aura eu connaissance de l'augmentation.

La résiliation prendra effet un mois après notification à la Mutuelle. La Mutuelle aura droit à la portion de cotisation calculée sur les bases de la cotisation précédente, au prorata du temps écoulé entre la date de la dernière échéance et la date d'effet de la résiliation.

#### 5.1.3. Survenance d'un événement

L'adhérent peut résilier l'adhésion en cas de :

- changement de profession,
- changement de situation matrimoniale,
- changement de régime matrimonial,
- changement de domicile hors de France,
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle,

quelle que soit la durée écoulée depuis l'adhésion et à condition que les risques garantis en relation directe avec la situation antérieure, ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle (art L. 221-17 du Code de la Mutualité).

Durant la première période annuelle de garantie, la résiliation de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois qui suivent la date de l'événement et prend effet un mois après que l'autre partie en ait reçu notification.

Au-delà de la première année de garantie, la résiliation peut intervenir à tout moment, moyennant préavis d'un mois.

### 5.2. RÉSILIATION PAR LA MUTUELLE

La Mutuelle peut résilier l'adhésion en cas de non-paiement de la cotisation dans les conditions prévues à l'article 4.3 du présent Extrait des Conditions Générales (art. L. 221-7 du code de la mutualité).

## 6. LES OBLIGATIONS DE L'ADHÉRENT

### LORS DU PAIEMENT DES PRESTATIONS

L'adhérent et les bénéficiaires s'engagent à recourir aux services de prestataires acceptant le paiement par carte Avance Santé.

Tous les frais exposés au titre des prestations décrites dans le tableau des garanties devront obligatoirement être acquittés au moyen de la carte Avance Santé. La Mutuelle se réserve la possibilité de refuser à l'adhérent et aux bénéficiaires la prise en charge de frais exposés chez un prestataire qui, sauf en cas d'impossibilité liée à une cause technique, n'accepte pas ce moyen de paiement.

### EN CAS DE SINISTRE

L'adhérent doit remettre à la Mutuelle toutes pièces concernant les frais exposés lui permettant de déterminer le montant de sa participation, conformément à l'article 12 du présent Extrait des Conditions Générales.

## 7. LA FRAUDE ET LA FAUSSE DÉCLARATION

Si l'adhérent ne fournit pas les pièces demandées il est déchu de tout droit aux prestations pour le sinistre en cause.

Si de mauvaise foi, l'adhérent ou le bénéficiaire fait de fausses déclarations, exagère le montant des frais, emploie comme justification des documents inexacts ou use de moyens frauduleux, il est entièrement déchu de tout droit aux prestations.

## 8. L'ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties s'appliquent aux prestations réalisées et aux frais exposés en France métropolitaine.

## 9. LA PRESCRIPTION

La prescription est la date ou la période au-delà de laquelle aucune réclamation n'est plus recevable. La prescription est régie par les règles ci-dessous qui ne peuvent être modifiées en application de l'article L 221-12-1 du Code de la Mutualité selon lequel « les parties une opération individuelle ou collective ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. »



### Délai de prescription :

L'article L 221-11 du Code de la Mutualité prévoit que « Toutes actions dérivant des opérations (des mutuelles et des unions) sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;

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

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

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, 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.

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

### Causes d'interruption de la prescription :

Les causes d'interruption sont prévues par l'article L 221-12 du Code de la Mutualité, qui stipule que « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

Les causes d'interruption ordinaires sont les suivantes :

- toute assignation ou citation en justice, même en référé,
- tout acte d'exécution forcée,
- toute reconnaissance par la Mutuelle du droit à garantie de l'adhérent,
- toute reconnaissance de dette de l'adhérent envers la Mutuelle,
- une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution.

Les garanties du contrat ainsi que leurs modalités d'application sont décrites dans le "Tableau des garanties" remis lors de l'adhésion au présent contrat.

Les prestations couvertes sont définies annuellement par le tableau des garanties approuvé par l'Assemblée Générale.

### 10. LES PRESTATIONS COUVERTES

Les garanties exposées dans le tableau de garanties couvrent :

- un bilan conseil personnalisé renouvelable tous les deux ans ;
- les médicaments tels que définis dans le tableau de garantie ayant fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché, qu'ils soient médicalement prescrits ou non, qui ne sont pas pris en charge par un régime obligatoire, et achetés exclusivement dans une pharmacie d'officine en France Métropolitaine ;
- les actes non pris en charge par un régime obligatoire, dispensés par des chiropraticiens, étioopathes et ostéopathes exerçant en France dans le cadre de la réglementation en vigueur ;
- les actes d'acupuncture pratiqués par un médecin titulaire d'un diplôme universitaire d'acupuncture et inscrit à l'ordre des médecins ;
- les actes de mésothérapie pratiqués par un médecin titulaire d'un diplôme universitaire de mésothérapie et inscrit à l'ordre des médecins ;
- les actes des pédicures-podologues titulaires du diplôme d'Etat et enregistrés auprès du conseil de l'ordre des pédicures-podologues ;
- les consultations homéopathiques dispensées en cabinet par un médecin ;
- les consultations diététiques dispensées en cabinet par un médecin nutritionniste ou un diététicien diplômé d'Etat ;
- un programme d'accompagnement diététique.

### 11. LES EXCLUSIONS

**La Mutuelle ne prend pas en charge les frais qui sont la conséquence de :**

- la guerre civile ou étrangère,
- la désintégration du noyau atomique.

### 12. LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Le règlement est effectué sur la base :

- de l'original du justificatif du bilan personnalisé complété par un pharmacien. Ces documents sont adressés directement à l'adhérent ;
- de l'original de la facture acquittée détaillée pour les médicaments non remboursés. Elle comprend obligatoirement : l'identification de l'officine française, l'identification de l'adhérent et/ou des bénéficiaires, la date d'achat, le nom commercial du médicament, le prix du médicament et le montant total de la facture ;

- de l'original de la facture acquittée détaillée pour les séances de chiropratique, d'étiopathie, d'ostéopathie et d'acupuncture avec identification du praticien, identification de l'adhérent et/ou des bénéficiaires, nature de l'acte, nombre de séances, prix de l'acte et le montant total perçu ;
- de l'original de la facture acquittée détaillée pour les actes de mésothérapie et les actes des pédicures-podologues avec identification du praticien, identification de l'adhérent et/ou des bénéficiaires, nature de l'acte, nombre de séances, prix de l'acte et le montant total perçu ;
- de l'original de la facture acquittée détaillée pour les consultations homéopathiques avec identification du praticien, identification de l'adhérent et/ou des bénéficiaires, nature de l'acte, prix de l'acte et le montant total perçu ;
- de l'original de la facture acquittée détaillée pour les consultations des médecins nutritionnistes et des diététiciens avec identification du praticien, identification de l'adhérent et/ou des bénéficiaires, nature de l'acte, prix de l'acte et le montant total perçu.

Les modalités de prise en charge de l'accompagnement diététique sont décrites ci-dessous.

Ces justificatifs sont à adresser à : Telsanté - 63 chemin Antoine Pardon - 69814 TASSIN CEDEX.

Pour déterminer le montant de sa participation, la Mutuelle peut demander les compléments d'information nécessaires. A réception, la Mutuelle fixe le montant de sa participation en fonction des garanties souscrites et procède au remboursement.

### 13. LA SUBROGATION

La Mutuelle est subrogée, dans les termes de l'article L. 224-9 du code de la mutualité, dans les droits et actions de l'adhérent contre tout responsable du sinistre, jusqu'à concurrence des prestations payées.

La demande de mise en oeuvre de l'accompagnement diététique se fait directement par le bénéficiaire auprès de TELSANTE qui transmet ses coordonnées à Mondial Assistance France. Mondial Assistance France met à la disposition du bénéficiaire un service de prévention et d'éducation nutritionnelle.

Ce service comprend :

- un accès direct et simplifié à des conseils diététiques personnalisés,
- des informations générales ou spécifiques sur des problématiques de santé associées à l'alimentation,
- un outil internet dédié pour le suivi des apports alimentaires et l'équilibre alimentaire,
- un accompagnement téléphonique pour répondre aux besoins spécifiques du bénéficiaire,
- une aide à la perte pondérale lorsque nécessaire.

Sur simple appel téléphonique du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures (à l'exception des jours fériés).  
Ce service tient compte d'éventuels facteurs de risques associés.

L'objectif du programme d'accompagnement diététique est :

- de réaliser une évaluation personnalisée,
- d'informer sur les bonnes pratiques et les règles hygiéno-diététiques pour mieux prévenir certains risques,
- de s'assurer que le bénéficiaire s'est approprié les recommandations,
- d'aider à la perte pondérale, lorsque souhaité, en coordination avec le médecin référent,
- de réduire les risques associés à certains comportements alimentaires auxquels le bénéficiaire est exposé grâce au respect accru des recommandations et des informations préventives proposées.

Le programme d'accompagnement téléphonique est composé d'un suivi comportant 5 contacts téléphoniques avec une diététicienne ou une Infirmière Diplômée d'Etat sur une période maximale de six mois.

Lors de l'accompagnement, un bilan téléphonique est établi avec le bénéficiaire afin d'identifier ses besoins en matière de prévention et d'information nutrition.

A chacun des entretiens téléphoniques, une thématique nutritionnelle est développée, au téléphone, par une diététicienne ou une infirmière. Associé aux informations thématiques, cet échange téléphonique est complété par des conseils et informations nutritionnelles personnalisées selon l'évolution des apports alimentaires.

Chaque programme d'accompagnement ne peut être réalisé qu'une fois par année de garantie et par bénéficiaire.

Le programme d'accompagnement individuel ne peut en aucun cas remplacer une consultation médicale personnalisée auprès d'un médecin. Pour bénéficier du programme, les bénéficiaires doivent être âgés d'au minimum 16 ans et avoir un IMC (indice de masse corporelle) inférieur à 40.

En cas d'urgence médicale, il convient d'appeler les services médicaux d'urgence dûment habilités.

Dans le cadre de ce programme d'accompagnement diététique, les échanges entre le bénéficiaire et Mondial Assistance France peuvent nécessiter le recueil de données de santé et par conséquent, un accord écrit du bénéficiaire préalable à la délivrance de la prestation.

Conformément à la Loi "Informatique et Libertés" loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004 le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès et de rectification des données le concernant, ainsi qu'un droit d'opposition auprès de Mondial Assistance France - Pôle Banques et Assurances - Service juridique - 2 rue Fragonard - 75807 Paris Cedex 17. Mondial Assistance France s'engage à ne communiquer aucune donnée relative à l'état de santé du bénéficiaire à la Mutuelle.

### LE PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT DIÉTÉTIQUE

**Il s'agit d'un programme d'information, d'éducation et d'accompagnement nutritionnel pour s'alimenter de façon saine et équilibrée.**

#### INSCRIPTION AU PROGRAMME

**1. Le bénéficiaire contacte par téléphone un conseiller Telsanté.**

**2. Telsanté transmet les coordonnées du bénéficiaire à Mondial Assistance France.**

Les professionnels de santé de l'équipe prévention de Mondial Assistance (infirmiers, diététiciens) prennent le relais, appellent le bénéficiaire et adressent un bulletin d'inscription au programme.

**3. Pour s'inscrire au programme, le bénéficiaire renvoie l'accord de participation et reçoit ensuite par e-mail son identifiant personnel pour accéder à l'outil internet dédié.**

**4. Le bénéficiaire accède au site et complète régulièrement les questionnaires pour construire ses bilans nutritionnels (alimentation, activité physique, mode de vie) en ligne.**

Il a également la possibilité de constituer des menus équilibrés à la carte et d'ajuster son activité physique ou son alimentation. Pour les personnes ne pouvant accéder à une connexion internet, il est prévu un envoi de brochure "bien se nourrir pour bien se porter" et des questionnaires à remplir permettant de réaliser les bilans nutritionnels.

Il est rappelé que le service n'est pas adapté aux bénéficiaires ayant un Indice de Masse Corporel Supérieur à 40, aux femmes enceintes, aux femmes allaitantes, aux bénéficiaires ayant des allergies alimentaires. Dans toutes ces situations une orientation vers un professionnel de santé sera proposée pour une prise en charge médicale adaptée.

Le suivi diététique peut aller au-delà de 6 mois selon les intervalles entre chaque accompagnement téléphonique mais ne peut excéder un an quelles que soient les situations.

**5.** L'infirmière ou la diététicienne de Mondial Assistance France contacte le bénéficiaire au créneau horaire que celui-ci aura indiqué sur l'accord de participation afin d'effectuer le premier entretien nutritionnel.

Il est rappelé que le service n'est pas adapté aux bénéficiaires ayant un Indice de Masse Corporel supérieur à 40, aux femmes enceintes, aux femmes allaitantes, aux bénéficiaires ayant des allergies alimentaires. Dans toutes ces situations une orientation vers un professionnel de santé sera proposée pour une prise en charge médicale adaptée.

### LE BILAN NUTRITIONNEL

Chaque mois, le bénéficiaire complète un questionnaire de recueil de données alimentaires, disponible sur Internet, en indiquant son poids et son alimentation sur une journée type (petit-déjeuner, déjeuner, dîner, collations, boissons et les éventuels écarts alimentaires).

Suite à l'analyse de ce questionnaire, l'infirmière ou la diététicienne est en mesure :

- d'évaluer l'apport calorique et, au cours des mois, évaluer son évolution ;
- d'analyser la diversité des apports alimentaires ;
- de déterminer la situation alimentaire par rapport aux normes PNNS (Programme National Nutrition Santé) recommandées ;
- d'encourager à poursuivre.

Le bilan nutritionnel se réalise lors des entretiens téléphoniques prévus avec la diététicienne ou l'infirmière diplômée d'Etat.

Quel que soit le profil du bénéficiaire, 5 bilans nutritionnels sont réalisés au total.

Un compte-rendu des échanges est adressé au bénéficiaire s'il le souhaite. Il est possible, sur sa demande, d'obtenir une copie à remettre à son médecin traitant ou diététicien.

Un programme SMS est également proposé au bénéficiaire pendant toute la durée de l'accompagnement.

### DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Les prestations de la convention d'assistance souscrite par la Mutuelle auprès de Fragonard Assurances (S.A. au capital de 25 037 000 euros - 479 065 351 RCS Paris - Entreprise régie par le Code des Assurances - Siège social : 2 Rue Fragonard - 75017 PARIS) sont mises en oeuvre par Mondial Assistance France (S.A.S au capital de 37 000 euros en cours d'augmentation - 490 381 753 RCS Paris - Société de courtage d'assurances - assurance de responsabilité civile professionnelle et garantie financière conformes aux articles L512-6 et L512-7 du Code des Assurances - Siège social : 54, rue de Londres - 75008 PARIS).

Mondial Assistance France ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Le bénéficiaire ou ses proches doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence.

#### Conditions applicables aux services d'accompagnement individuel

- Le bénéficiaire décline son identité.
- Les informations fournies par Mondial Assistance France sont des renseignements à caractère documentaire. Mondial Assistance France s'interdit toute consultation, diagnostic ou prescription médicale, et n'est pas tenue de répondre aux questions concernant des jeux et des concours.
- La responsabilité de Mondial Assistance France ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte du ou des renseignements que le bénéficiaire aura demandés.
- Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. Mondial Assistance France s'engage alors à répondre dans un délai de 2 (deux) jours ouvrés.

Le 12 août 1965, est paru au Journal Officiel l'arrêté préfectoral approuvant les statuts adoptés par l'assemblée générale constitutive du 15 juin 1965 de la mutuelle dénommée "MTRL UNE MUTUELLE POUR TOUS" qui a été enregistrée sous le numéro 69 M I 0632 1.

Dans le cadre de la mise en conformité aux dispositions du code de la mutualité, tel qu'il résulte de l'ordonnance du 19 avril 2001 et des textes subséquents, la Mutuelle a élaboré de nouveaux statuts qui ont été adoptés par le conseil d'administration du 24 septembre 2002 et l'assemblée générale du 26 octobre 2002. La mutuelle MTRL a été immatriculée au registre national des mutuelles sous le numéro 777 345 067 le 8 octobre 2002 et agréée par arrêté ministériel du 17 juillet 2003 paru au Journal Officiel du 1er août 2003.

**Article 1** - La Mutuelle est une personne morale de droit privé à but non lucratif. Elle est soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité.

**Article 2** - Le siège de la Mutuelle est établi 37 avenue Jean Jaurès 69007 LYON (Rhône). Elle a pour adresse postale 63 chemin Antoine Pardon 69814 TASSIN CEDEX. Elle utilise et se trouve dénommée par le sigle : "MTRL UNE MUTUELLE POUR TOUS". Elle est, dans les statuts, désignée par : la Mutuelle.

**Article 10** - Un règlement mutualiste, établi par le conseil d'administration et approuvé par l'assemblée générale, définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant et la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations. Tous les adhérents sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts et règlement intérieur. Le conseil d'administration peut apporter au règlement mutualiste des modifications qui s'appliquent immédiatement ; celles-ci sont présentées pour ratification à la prochaine assemblée générale.

**Article 31** - L'assemblée générale est composée :  
- des membres participants,  
- des membres honoraires.

**Article 32** - Chaque membre de la Mutuelle dispose d'une voix à l'assemblée générale.

**Article 33** - La démission, la radiation ou l'exclusion d'un membre, participant ou honoraire, intervenue à la date de la tenue de l'assemblée générale, entraîne la perte de son droit de vote.

**Article 34** - Le droit de vote des membres participants mineurs est exercé par le représentant légal. Toutefois les mineurs de plus de seize ans, ayant la qualité de membre participant, sont admis à participer personnellement au vote.

**Article 35** - L'assemblée générale se réunit au moins une fois par an sur convocation du président du conseil d'administration.

**Article 41** - L'assemblée générale se déroule sous le contrôle d'un huissier désigné par le conseil d'administration. Il est établi un procès verbal de chaque réunion de l'assemblée générale.

**Article 48** - La Mutuelle est administrée par un conseil d'administration dont les membres sont élus parmi les membres participants et honoraires composant l'assemblée générale. Le conseil est composé pour les deux tiers au moins de membres participants. Le conseil d'administration ne peut être composé pour plus de la moitié d'administrateurs exerçant des fonctions d'administrateurs, de dirigeants ou d'associés dans une personne morale de droit privé à but lucratif appartenant au même groupe au sens de l'article L.212-7 du code de la mutualité. Toute élection ou nomination intervenant en méconnaissance de ces dispositions est nulle.

**Article 49** - Le conseil d'administration est composé de dix administrateurs au moins et de quinze au plus.

**Article 50** - Pour être éligible au conseil d'administration, les membres doivent être âgés de dix-huit ans révolus, n'être concernés par aucune des incapacités définies à l'article L.114-21 du code de la mutualité et, s'ils ont été salariés de la Mutuelle, avoir cessé leur activité depuis plus de trois ans.

**Article 69** - Les administrateurs veillent à accomplir leur mission dans le respect de la loi et des présents statuts. Ils sont tenus à une obligation de réserve et au secret professionnel.

**Article 70** - Les fonctions d'administrateur sont gratuites sous réserve des dispositions des articles L.114-26 à L.114-28 du code de la mutualité.

**Article 102** - En application de l'article L.114-38 du code de la mutualité, l'assemblée générale nomme un commissaire aux comptes et un suppléant choisis sur la liste mentionnée à l'article L.225-219 du code de commerce. Le président convoque le commissaire aux comptes à toute assemblée générale. Le commissaire aux comptes exécute sa mission selon les recommandations énoncées aux articles L.114-38, L.114-39 et L.114-40 du code de la mutualité.



