CONTRAT ASSUR-BP SANTÉ

NOTICE D'INFORMATION

Une complémentaire santé selon votre profil :

- Profil SOLO : personne seule de moins de 50 ans.
- Profil FAMILLE : couples de 18 à 50 ans, familles avec enfant(s).
- Profil MASTER : personne seule ou couples de plus de 50 ans.

BANQUE POPULAIRE

la réussite est en vous

SOMMAIRE

1 . BIEN COMPRENDRE VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ 4

2 . BIEN UTILISER VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ 6

3 . LES MOTS CLÉS POUR BIEN COMPRENDRE 8

4 . VOS CONTACTS ET VOS DÉMARCHES 11

4.1 En cas de dépenses de santé à venir ou déjà réalisées
4.2 En cas de prestations d'assistance
4.3 En cas de modification de votre contrat
4.4 En cas de réclamation
4.5 En cas de question sur vos données personnelles

5 . LE FONCTIONNEMENT DE VOTRE CONTRAT 14

5.1 La prise d'effet et la durée de votre contrat
5.2 Ce qui est assuré par votre contrat
5.3 Ce qui n'est jamais assuré par votre contrat
5.4 Le calcul de vos cotisations et leur paiement
5.5 Les changements à déclarer
5.6 Les modalités d'évolution de votre contrat
5.7 La résiliation de votre contrat

6 . VOS GARANTIES FRAIS DE SANTÉ 19

6.1 Soins courants
6.2 Hospitalisation
6.3 Optique
6.4 Aides auditives
6.5 Dentaire
6.6 Forfait naissance
6.7 Les exclusions des garanties frais de santé

7 . VOS GARANTIES D'ASSISTANCE 28

7.1 Les généralités de vos garanties d'assistance
7.2 Les garanties proposées selon les formules
7.3 Assistance à domicile
7.4 Assistance en déplacement
7.5 Aide aux aidants
7.6 Les exclusions des garanties d'assistance

8 . LES MODALITÉS DE REMBOURSEMENT 40

8.1 Le fonctionnement du remboursement
8.2 Les délais de remboursement
8.3 La dispense d'avance de frais avec le tiers-payant
8.4 L'expertise médicale
8.5 La subrogation

9 . LE CADRE RÉGLEMENTAIRE DE VOTRE CONTRAT 43

9.1 Les spécificités d'un contrat responsable
9.2 Les modalités et le délai de renonciation
9.3 Le délai pour engager une action et la prescription
9.4 La Loi du contrat
9.5 L'autorité de contrôle
9.6 La souscription en ligne de produits d'assurance
9.7 Vos Données à caractère personnel

10 . ANNEXE 45

Notice d'Information : Données à caractère personnel

1 BIEN COMPRENDRE VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

COMMENT SONT REMBOURSÉS VOS SOINS ?

1 Ce que la Sécurité sociale prend en charge :

Pour chaque acte qu'elle rembourse, la Sécurité sociale fixe un tarif de référence qui sert de base de calcul au remboursement. On l'appelle la base de remboursement (BR) ou tarif de convention, ou encore tarif de responsabilité.

Sur cette base de remboursement, il est appliqué ensuite un taux de remboursement (%) qui varie selon les soins et le respect du parcours de soins. Le résultat correspond à ce que rembourse la Sécurité sociale.

EXEMPLE Ce taux est de 70% pour une consultation avec un médecin spécialiste (secteur 2). Les 30% restants du tarif de référence sont appelés « ticket modérateur » comme vous pouvez le voir sur l'exemple de la page suivante.

2 Ce que votre complémentaire santé prend en charge :

Le remboursement de la complémentaire santé est calculé de différentes manières selon les soins :

- **Soit l'acte est pris en charge par la Sécurité sociale** et dans ce cas, notre remboursement est égal à un pourcentage du tarif de référence et/ou à un forfait. A minima, le « ticket modérateur » est toujours pris en charge par votre complémentaire santé.

ou

- **Soit il ne l'est pas comme pour l'ostéopathie ou la parodontologie,** et dans ce cas, votre complémentaire santé peut vous rembourser un forfait.

À savoir

Votre contrat ASSUR-BP Santé est un contrat solidaire, c'est-à-dire que les cotisations ne dépendent pas de l'état de santé de l'assuré.

3 Ce qui reste à votre charge :

- **La participation forfaitaire** (PF)

Elle est de 1€ et s'applique sur tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour les actes de biologie et de radiologie (hors certaines exceptions).

- **La franchise médicale**

Il s'agit de la somme déduite de certains remboursements effectués par la Sécurité sociale. Cette franchise est plafonnée dans certaines conditions. Son montant est de :

- 0,50 € par boite de médicaments.
- 0,50 € par acte paramédical.
- 2 € par transport sanitaire.

- **Les dépassements d'honoraires**

Dans certains cas, selon la formule souscrite, si les dépassements d'honoraires sont trop importants, une partie peut rester à votre charge.

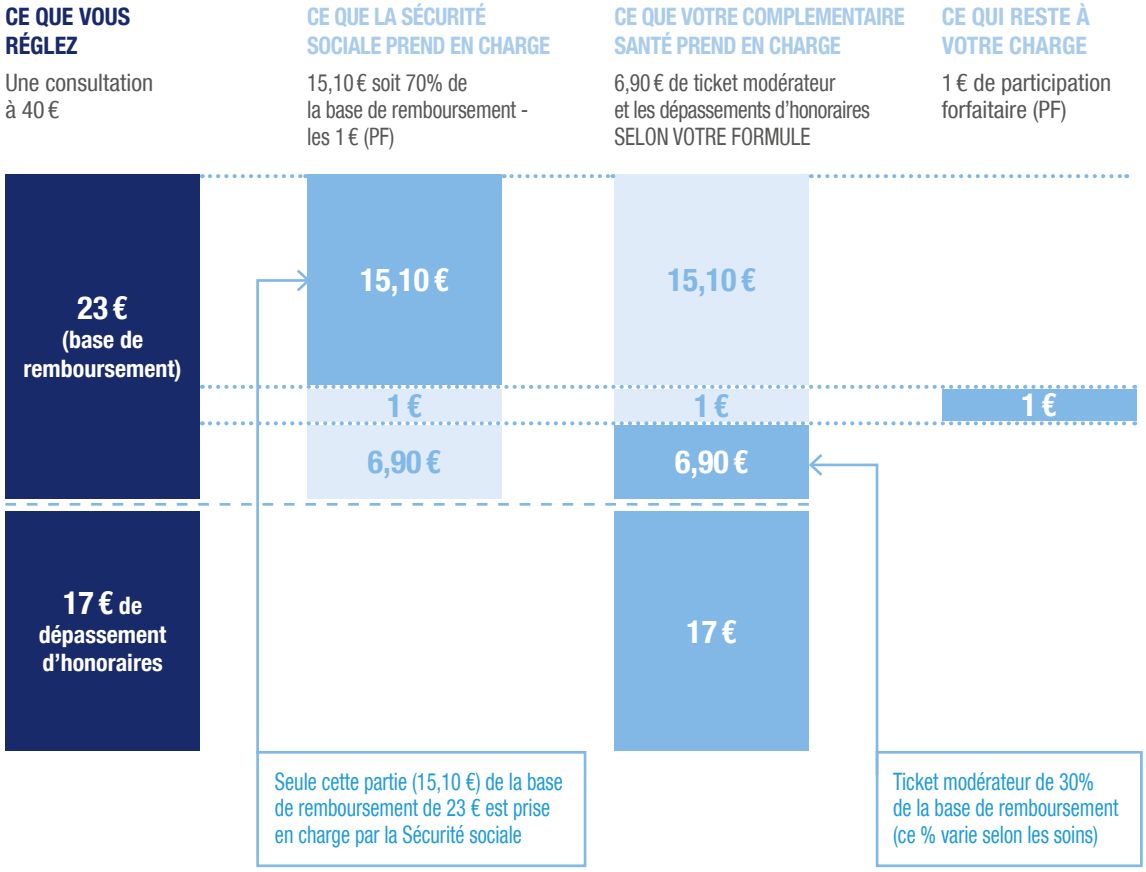
La participation forfaitaire et la franchise médicale ne sont pas remboursées par les contrats dits « responsables » comme votre contrat ASSUR-BP Santé.

Un contrat responsable encourage à respecter le parcours de soins coordonnés, à travers le choix du médecin traitant, et applique les planchers et les plafonds de remboursement définis par la loi.

Le cas présenté ci-après est un exemple sans valeur contractuelle. Dans tous les cas, vous serez remboursé sous réserve des conditions de mise en jeu des garanties.

L'EXEMPLE D'UNE CONSULTATION D'UN MÉDECIN SPÉCIALISTE

Prenons l'exemple d'une consultation d'un médecin spécialiste en honoraires libres (secteur 2) qui pratique un dépassement d'honoraires.



- Que vous ayez une version® Profil SOLO, Profil FAMILLE ou Profil MASTER, si vos besoins évoluent, vous pouvez changer de formule. Retrouvez le détail des différentes formules sur https://www.banquepopulaire.fr/assurer/assur-bp-sante/

FOCUS 100% SANTÉ

Votre complémentaire santé intègre les « paniers 100% Santé® » regroupant une sélection de lunettes, prothèses dentaires et aides auditives, sans aucun reste à charge pour vous.

Les frais de ces paniers sont intégralement remboursés par la Sécurité sociale et votre complémentaire santé.

Renseignez-vous auprès de votre professionnel de santé pour en savoir plus sur les soins et les équipements proposés.

0 €
de reste à charge pour vous !

2 BIEN UTILISER VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Les cas présentés ci-après sont des exemples sans valeur contractuelle. Dans tous les cas, vous serez remboursé sous réserve des conditions de mise en jeu des garanties.

EN CAS DE CONSULTATION D'UN MÉDECIN SPÉCIALISTE (SECTEUR 2)

EXEMPLE Votre médecin généraliste vous prescrit un examen de vos grains de beauté. Vous consultez un dermatologue. Vous avez 30 ans et vous aviez souscrit à la version Profil SOLO du contrat ASSUR-BP Santé.

Rendez-vous chez votre médecin traitant

Vous l'avez déclaré au préalable et, en le consultant, vous entrez dans le parcours de soins coordonnés. C'est lui qui vous oriente vers un dermatologue. Pour rappel, le choix du médecin traitant est libre et il est utile de le faire pour une meilleure prise en charge de vos frais.

Si vous ne consultez pas votre médecin traitant dans un 1er temps, vous serez moins bien remboursé et dans certains cas, de manière significative.

À savoir

Pour déclarer votre médecin traitant, c'est facile. Il vous suffit d'en faire la demande à votre médecin généraliste que vous consultez habituellement.

Consultation chez un dermatologue

Vous pouvez consulter le site annuaire http://annuairesante.ameli.fr/ et vérifier s'il a adhéré à l'OPTAM. En y adhérant, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires. Ainsi, votre reste à charge sera limité.

Transmission de la feuille de soins

Si votre médecin accepte la carte vitale, cette démarche sera complètement dématérialisée. Sinon, vous devez envoyer votre feuille de soins à la Sécurité sociale qui en informera ensuite votre complémentaire santé par télétransmission. Ce qui déclenchera le remboursement prévu au titre des garanties.

Remboursement des soins

Il a lieu sous 48h à compter de la réception du dossier complet transmis par la Sécurité sociale ou par vous-même le cas échéant. Pour suivre vos remboursements, rendez-vous dans votre Espace Client.

Prise en charge en version Profil SOLO d'une consultation pour avis ponctuel d'un médecin spécialiste (secteur 2) adhérent à l'OPTAM.

	F1	F2	F3	F4
Dépassement d'honoraires			170 % BR* Jusqu'à 39,55 €	220 % BR* Jusqu'à 67,80 €
Ticket modérateur	100 % BR* 16,95 €	100 % BR* 16,95 €	16,95 €	16,95 €

* BR : Base de Remboursement. Dans cet exemple, la Base de Remboursement est de 56,50 €.

EN CAS D'HOSPITALISATION

EXEMPLE Vous devez vous faire opérer du genou dans le cadre d'une hospitalisation imprévue.
Vous avez 70 ans et vous aviez souscrit à la version Profil MASTER du contrat ASSUR-BP Santé.

Demande de prise en charge préalable

Avant votre hospitalisation, vous devez contacter votre complémentaire santé pour faire votre demande de prise en charge (PEC). En plus des données vous concernant (nom, prénom, numéros de Sécurité sociale et d'assuré), les informations suivantes vous sont demandées :

- La date de début de votre hospitalisation.
- Le numéro de la Discipline Médico-Tarifaire (DMT).
- Le numéro FINESS (Fichier national des établissements sanitaires et sociaux).
- Le nom de l'établissement et son adresse.

Il sera nécessaire de préciser dans votre cas qu'il s'agit d'une hospitalisation complète, c'est-à-dire que vous dormez sur place. Ces informations sont à demander à l'établissement où vous serez hospitalisé.

Services d'assistance

Dans le cas d'une hospitalisation imprévue supérieure à 2 jours, vous pouvez bénéficier de services comme la garde de votre chat ou de votre chien pendant votre absence (dans la limite de 30 jours) ou encore ceux d'une aide à domicile pour entretenir votre domicile (sous certaines conditions).

Tranmission des factures

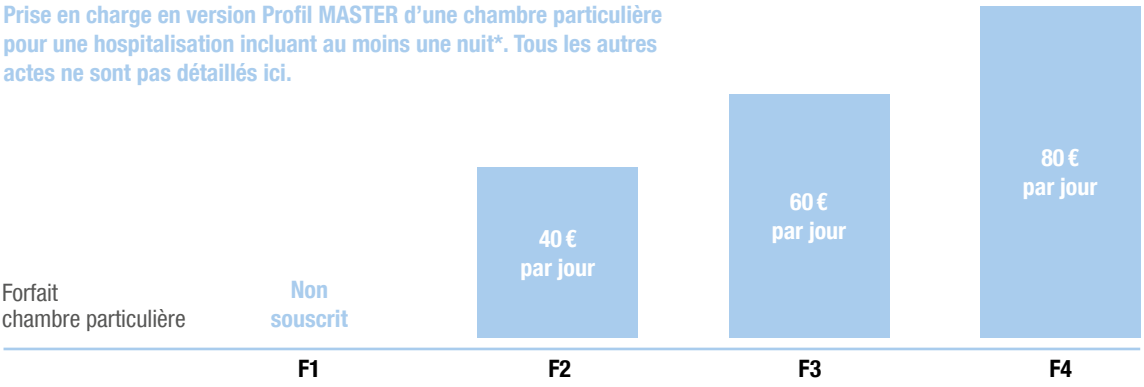
Si l'établissement est conventionné avec votre complémentaire santé, vous bénéficiez de la dispense d'avance de frais sur toute ou partie de votre hospitalisation et des suppléments liés au confort.

Dans le cas où le tiers-payant n'est pas intégral, à la sortie de l'établissement, vous nous envoyez les factures qui vous ont été remises pour d'éventuels dépassements d'honoraires et selon vos choix, les frais de chambre particulière, de télévision et de wifi.

Remboursement des soins

Il a lieu sous 48h à compter de la réception du dossier complet transmis par la Sécurité sociale ou par vous-même le cas échéant. Pour suivre vos remboursements, rendez-vous dans votre Espace Client.

Prise en charge en version Profil MASTER d'une chambre particulière pour une hospitalisation incluant au moins une nuit*. Tous les autres actes ne sont pas détaillés ici.



* Pour une hospitalisation psychiatrique, la prise en charge de la chambre particulière est limitée à 90 jours cumulés par an.

SIMULEZ VOTRE PRISE EN CHARGE

Nous mettons à votre disposition un simulateur de remboursement pour que vous puissiez avoir une estimation claire de votre reste à charge.

Ce simulateur est accessible sur votre Espace Client.

SUIVEZ VOS REMBOURSEMENTS

À partir de votre Espace Client, vous pouvez consulter le décompte de vos remboursements. Il fait apparaître clairement le montant pris en charge par la Sécurité sociale et celui de la complémentaire santé.

3 • LES MOTS CLÉS POUR BIEN COMPRENDRE

Consultez votre sommaire p.3 >

Les définitions spécifiques aux prestations d'assistance sont mentionnées page 10.

A

ACCIDENT
Événement soudain, imprévisible, provenant d'une cause extérieure à l'assuré et indépendante de sa volonté, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages physiques. Les intoxications alimentaires sont assimilées à des accidents.

ACTE FRAUDULEUX
Acte consistant, pour vous ou la personne assurée, à faire en connaissance de cause une fausse déclaration sur la nature, les causes, les circonstances et les conséquences d'un sinistre, et nous donnant le droit de refuser sa prise en charge, c'est-à-dire d'appliquer une déchéance.

ADHÉRENT
Personne physique signataire du Bulletin d'Adhésion et/ou du Certificat d'Adhésion qui est cliente du Groupe BPCE et qui est tenue au paiement des cotisations. L'adhérent doit être âgé d'au moins 18 ans, sauf pour les mineurs émancipés, et de moins de 76 ans à la date de prise d'effet du contrat.

ANNÉE D'ADHÉSION
Période de 12 mois consécutifs démarrant à compter de la date de prise d'effet du contrat et renouvelée chaque année. Elle sert de référence pour le renouvellement des forfaits. L'année d'adhésion ne doit pas être confondue avec la date d'échéance annuelle du contrat qui est fixée au 1er janvier.

ASCENDANTS À CHARGE
Tout ascendant (parents, beaux-parents et grands-parents) vivant sous le toit de l'assuré et fiscalement à charge est considéré comme ascendant à charge.

ASSISTEUR
IMA ASSURANCES, société anonyme au capital de 157 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632.

ASSURÉ / BÉNÉFICIAIRE
Pour les frais de santé

- Les personnes physiques, âgées de moins de 76 ans à la prise d'effet du contrat, nommément désignées sur le Certificat d'Adhésion. Peuvent être désignées comme assurées/bénéficiaires uniquement les personnes ayant un lien de parenté avec l'adhérent ou son/sa conjoint(e)/concubin(e)/pacsé(e) et les personnes rattachées fiscalement à l'un ou à l'autre.

Pour les prestations d'assistance

- Pour l'Assistance à domicile :
  Tout assuré domicilié en France métropolitaine ainsi que les personnes suivantes vivant sous son toit : conjoint(e)/concubin(e)/pacsé(e), enfants et petits-enfants, enfants handicapés sans limite d'âge et ascendants directs fiscalement à charge.
- Pour l'Assistance en déplacement :
  Tout assuré domicilié en France, ainsi que son conjoint(e)/concubin(e)/pacsé(e), leurs enfants à leur charge ou vivant à leur domicile, ainsi que toute personne à leur charge et vivant à leur domicile.

ASSUREUR
BPCE Assurances IARD, Société Anonyme au capital de 61 996 212 Euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le numéro 350 663 860, entreprise régie par le Code des assurances ayant son siège social au 7, promenade Germaine Sablon - 75013 Paris.

AUXILIAIRES MÉDICAUX
Professionnels paramédicaux, à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues ou tout autre professionnel médical reconnu comme Auxiliaire Médical par le régime obligatoire.

B

BASE DE REMBOURSEMENT (BR)
Tarif servant de référence au régime obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

BULLETIN D'ADHÉSION
Document contractuel signé par l'adhérent permettant d'effectuer une demande d'adhésion au contrat collectif.

C

CERTIFICAT D'ADHÉSION
Document adressé par l'assureur à l'adhérent certifiant son adhésion au contrat collectif. Le Certificat d'Adhésion, la Notice d'Information et le cas échéant le Bulletin d'Adhésion constituent le contrat complémentaire santé ASSUR-BP Santé.

CONJOINT(E) / CONCUBIN(E) / PACSÉ(E)
Personne vivant en communauté de vie avec l'adhérent attestée par un mariage, une union libre établie ou un Pacte Civil de Solidarité (PACS).

D

DÉPASSEMENT D'HONORAIRES
C'est la part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement du régime obligatoire et qui n'est jamais remboursée par le régime obligatoire.

DOMICILE
Lieu habituel de résidence principale de l'assuré en France métropolitaine (Corse incluse).

F

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER
Somme due pour tout séjour hospitalier dans un établissement de santé. Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation.

FRAIS DE SÉJOUR
Frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts du séjour, c'est-à-dire l'ensemble des services mis à la disposition du patient : plateau technique, personnel soignant, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses, hébergement, repas...

FRAIS D'HÉBERGEMENT
Frais de nuitée, y compris petit déjeuner à l'hôtel.

FRANCHISE MÉDICALE
Somme déduite des remboursements effectués par le régime obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires depuis le 1er janvier 2008. Les franchises ne sont pas remboursées par les complémentaires santé dites responsables.

H

HOSPITALISATION
Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé incluant la maternité et l'hospitalisation à domicile.

HOSPITALISATION À DOMICILE
L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue une alternative à l'hospitalisation classique. Elle permet d'assurer différents types de soins et traitements chez le patient : des soins ponctuels, des soins de réadaptation au domicile ou des soins palliatifs. Il peut s'agir de :
- Soins post-chirurgicaux.
- Pansements complexes.
- Rééducation à la suite d'un accident vasculaire cérébral.
- Chimiothérapies.
- Antibiothérapies.
- Suivi de certaines grossesses à risque.

M

MALADIE
Altération soudaine, imprévisible et aiguë (non chronique) de la santé, consécutive ou non à une situation préexistante, n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente et dans le cadre de l'assistance déplacement, qui empêche la continuation normale du voyage ou du séjour.

MÉDECIN CONVENTIONNÉ
Médecin dont les honoraires sont remboursés par le régime obligatoire en application de la base de remboursement. Il peut exercer en Secteur 1 (tarif respectant la base de remboursement) ou en Secteur 2 (tarif avec dépassements d'honoraires par rapport à la base de remboursement).

MÉDECIN NON CONVENTIONNÉ
Médecin qui n'adhère pas à la Convention médicale du régime obligatoire. Il n'est soumis à aucune contrainte et pratique des honoraires libres. Les actes qu'il effectue sont remboursés sur la base d'un tarif dit « d'autorité », très inférieur à la base de remboursement.

MÉDECIN TRAITANT
Médecin généraliste ou spécialiste déclaré par le patient auprès du régime obligatoire pour bénéficier des remboursements liés au parcours de soins coordonnés. Il coordonne les soins et oriente, si besoin, le patient vers d'autres professionnels de santé. Il tient à jour le dossier médical du patient.

MÉDICAMENTS
Médicaments inscrits sur la liste des médicaments ayant reçu une autorisation de mise sur le marché par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Les médicaments disposent de taux de remboursement différents selon le code de regroupement auquel ils appartiennent :
- Médicaments à Service Médical Rendu Faible (PH2) : remboursés à 15 % par le régime obligatoire.
- Médicaments à Service Médical Rendu Modéré (PH4) : remboursés à 30 % par le régime obligatoire.
- Médicaments à Service Médical Rendu Important (PH7) : remboursés à 65 % par le régime obligatoire.

O

OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE (OPTAM) OU OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE CHIRURGIE ET OBSTÉTRIQUE (OPTAM-CO)
L'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) vise à encadrer les honoraires que les médecins fixent eux-mêmes. Lorsqu'un médecin est adhérent à l'OPTAM, la mention « Honoraires avec dépassements maîtrisés (OPTAM) » apparaît sur l'annuaire en ligne des médecins du site de l'Assurance Maladie.
L'OPTAM a pour but d'améliorer l'accès aux soins des patients en :
- Limitant les dépassements d'honoraires.
- Leur permettant d'être mieux remboursés par leur caisse de Sécurité sociale et leur complémentaire santé.

Les médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique ont la possibilité d'adhérer à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM-CO).

P

PANIERS « 100% SANTÉ »
Paniers de soins et d'équipements identifiés et définis réglementairement dans trois secteurs : l'optique, les aides auditives et les prothèses dentaires. Ils permettent aux assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable de bénéficier de certaines prestations, intégralement remboursées par le régime obligatoire et les complémentaires santé. Il n'y a donc aucun frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

PARTICIPATION FORFAITAIRE
Somme restant à la charge de l'assuré (article L. 322-2, I du Code de la Sécurité sociale) pour les actes et consultations réalisés par un médecin (hors hospitalisation) et pour les actes de biologie médicale et de radiologie. Cette participation forfaitaire est de 1 €, elle n'est pas remboursée par les contrats de complémentaire santé « responsables ».

PRESTATIONS
Montants remboursés à l'assuré par le contrat complémentaire santé en application de ses garanties ou mise en place des services garantis à l'assuré au titre de l'Assistance.

R

RÉGIME OBLIGATOIRE
Régime d'Assurance Maladie Français, communément désigné « Sécurité sociale », qui intervient obligatoirement avant la complémentaire santé pour rembourser une part des frais de santé.

S

SUPPORT DURABLE
Tout instrument permettant au consommateur ou au professionnel de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées et qui permet la reproduction à l'identique des informations stockées.

T

TABLEAU DES GARANTIES
Tableau récapitulant les montants et niveaux de remboursements des frais médicaux par assuré et par année d'adhésion. Il figure au Certificat d'Adhésion et est également accessible depuis votre Espace Client.

TÉLÉTRANSMISSION
Système d'échanges informatiques mis en place entre le régime obligatoire et l'assureur afin d'éviter à l'assuré d'adresser ses relevés de prestations à son organisme de complémentaire santé pour être remboursé.

TICKET MODÉRATEUR
Différence entre la base de remboursement du régime obligatoire et le montant effectivement remboursé par le régime obligatoire. Les dépassements d'honoraires ne sont jamais pris en charge par le régime obligatoire. La participation forfaitaire ne fait pas partie du ticket modérateur mais s'y ajoute et reste toujours à la charge de l'assuré. La complémentaire santé peut prendre en charge le montant du ticket modérateur ainsi que les dépassements d'honoraires en fonction du niveau de garantie choisi (voir schématisation des principes de remboursement page 5 de la présente Notice).

TIERS-PAYANT
Prise en charge directe de tout ou partie de vos dépenses de santé. Il s'agit d'une dispense d'avance de frais.

V

VERSION PROFIL SOLO / PROFIL FAMILLE / PROFIL MASTER
La version du contrat souscrit est définie en fonction du profil de l'adhérent et comprend l'ensemble des garanties formant la couverture complémentaire de l'assuré. Il peut s'agir de la Version Profil SOLO, Profil FAMILLE ou Profil MASTER selon l'âge à la souscription et la composition de votre foyer.

LES DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES AUX PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Les définitions spécifiques à la partie 7. Vos garanties d'assistance sont présentées dans le lexique ci-après ou à défaut dans le lexique générique p. 8.

A

AIDANT
L'assuré qui apporte seul ou en complément de l'intervention d'un professionnel, l'aide humaine rendue nécessaire par la perte d'autonomie d'un proche et qui n'est pas salarié pour cette aide.

AIDÉ
Le proche dont la perte d'autonomie nécessite la présence d'une tierce personne pour l'accomplissement des tâches et activités de la vie quotidienne.

AGGRAVATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE
Modification de l'état de dépendance d'une personne attestée par :
- Le changement de catégorie de l'Allocation d'Éducation pour l'Enfant Handicapé (AEEH).
- Ou l'évolution des droits pour la Prestation de Compensation du Handicap (PCH).
- Ou le changement de classement GIR de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

B

BESOIN DE RÉPIT
Besoin de repos, consécutif à un épuisement physique ou moral de l'aidant, qui doit permettre à celui-ci de reprendre des forces afin de continuer d'assumer son rôle.

C

CENTRE DE CONVALESCENCE
Les centres de convalescence sont des structures de soins qui contribuent à une réadaptation post-hospitalisation. Les centres de rééducation, les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), les maisons de repos, les centres de cure thermale sont assimilés à des centres de convalescence. Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.

H

HOSPITALISATION
Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé incluant au moins une nuit.

HOSPITALISATION IMPRÉVUE
Hospitalisation dont l'assuré n'a connaissance que dans les 30 jours qui la précèdent.

HOSPITALISATION PROGRAMMÉE
Hospitalisation dont l'assuré a connaissance depuis plus de 30 jours.

I

IMMOBILISATION IMPRÉVUE
Immobilisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 30 jours qui la précèdent. L'immobilisation se traduit par une incapacité à réaliser soi-même les tâches de la vie quotidienne à son domicile, consécutive à une maladie ou un accident, constatée par une autorité médicale compétente.

P

PERTE D'AUTONOMIE
État d'une personne qui relève des droits :
- À l'Allocation d'Éducation pour l'Enfant Handicapé (AEEH) pour les catégories 2 à 6.
- Ou à la Prestation de Compensation du Handicap (PCH).
- Ou à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) au titre d'un classement GIR 1 à 4.

PROCHE
Parent de l'assuré ou, à défaut, toute personne physique désignée par l'assuré ou l'un de ses ayants droit ou, à défaut, par IMA.

T

TÉLÉASSISTANCE
Système de télécommunication qui permet à une personne en perte d'autonomie ou isolée d'alerter à distance un professionnel de l'assistance.

4 • VOS CONTACTS ET VOS DÉMARCHES

Consultez votre sommaire p.3 > Retrouvez vos définitions p.8 >

4.1 EN CAS DE DÉPENSES DE SANTÉ À VENIR OU DÉJÀ RÉALISÉES

Quelles démarches effectuer en cas de dépenses de santé à venir ?

De manière générale, nous vous remboursons directement vos dépenses de santé grâce à la télétransmission. Mais certaines dépenses de santé, plus coûteuses, peuvent faire l'objet d'une demande de prise en charge ou d'analyse de devis. C'est le cas des soins dentaires, des soins d'optique ou des frais d'hospitalisation par exemple. Une fois votre demande envoyée, nous vous indiquerons si l'acte médical en question est bien pris en charge et le niveau de remboursement accordé pour vos soins.

À savoir

Un accord de prise en charge de notre part ne signifie pas que vous serez remboursé de l'intégralité des frais engagés. Le niveau de vos remboursements, et par conséquent le montant de votre éventuel reste à charge, dépend de la version et de la formule que vous avez choisies.

En cas d'hospitalisation

Avant votre hospitalisation

Vous devez être hospitalisé ? Il est conseillé de nous contacter dès que possible afin d'effectuer une demande de prise en charge préalable.

Pour cela, vous devez nous transmettre :
- Votre identité (nom et prénom).
- Votre numéro de Sécurité sociale.
- Votre numéro de contrat.
- Votre date de début d'hospitalisation.
- Le numéro de la discipline (DMT ou discipline médico-tarifaire).
- Le nom de l'hôpital ou de la clinique.
- Son numéro FINESS (c'est-à-dire Fichier national des établissements sanitaires et sociaux).

Vous devez également nous préciser s'il s'agit d'une hospitalisation en ambulatoire ou complète (incluant au moins une nuit à l'hôpital).

Après votre hospitalisation

Si l'établissement est conventionné, vous pouvez bénéficier de la dispense d'avance de frais sur toute ou partie de votre hospitalisation et des suppléments liés au confort. Dans le cas où le tiers-payant n'est pas intégral, envoyez-nous dès votre sortie les factures acquittées remises par l'établissement concernant les éventuels dépassements d'honoraires ou les frais relevant de votre confort personnel (chambre particulière, télévision ou wifi).

En cas de dépense en optique

Lorsque vous achetez une paire de lunettes, vous pouvez nous faire une demande d'analyse de devis, mais ce n'est pas obligatoire. Nous vous conseillons de faire réaliser différents devis chez plusieurs opticiens ce qui peut vous permettre de limiter votre reste à charge. Une fois votre choix arrêté, vous pouvez alors faire une demande d'analyse de devis pour connaître votre remboursement en fonction de votre version et de votre formule avant d'engager les frais.

En cas de dépense dentaire

Vous avez besoin d'une couronne ou d'un appareil dentaire ? Il est conseillé d'effectuer une demande d'analyse de devis afin de connaître le montant du remboursement auquel vous avez droit en fonction de votre version et de votre formule. N'hésitez pas à comparer et à joindre plusieurs devis à votre demande qui doivent mentionner les éléments suivants :
- Le montant du remboursement de votre régime obligatoire.
- Le code acte de la prothèse.
- Le numéro des dents concernées.

En cas de dépense en orthodontie remboursée par votre régime obligatoire pour les moins de 16 ans

De nombreux actes liés au traitement d'orthodontie donnent lieu à des honoraires libres, c'est-à-dire que l'orthodontiste ou le stomatologue fixe librement ses tarifs.

Nous vous conseillons donc de demander un devis avant le début des soins et de nous le communiquer pour connaître la prise en charge qui vous sera accordée. Le devis doit mentionner :
- Une description du traitement.
- Les honoraires pratiqués.
- Le montant du remboursement de votre régime obligatoire
- Les éventuels suppléments.

ATTENTION : Si la consultation préalable de la complémentaire santé est conseillée, la demande d'accord préalable de prise en charge par la Sécurité sociale est indispensable pour que vous soyez remboursé. Pour cela la demande doit être complétée avec le chirurgien-dentiste ou le médecin stomatologiste et être ensuite adressée à la caisse primaire d'Assurance Maladie dont vous dépendez.

À savoir

En l'absence de réponse de votre caisse primaire d'Assurance Maladie dans un délai de 15 jours, l'accord préalable est considéré comme accepté. Cet accord est valable 6 mois. Le traitement doit donc débuter dans les 6 mois qui suivent et la demande d'accord de prise en charge doit être renouvelée tous les 6 mois.

En cas de dépense pour des audioprothèses

Vous avez besoin d'un appareil auditif ? Il est conseillé d'effectuer une demande d'analyse de devis afin de connaître le montant du remboursement auquel vous avez droit en fonction de votre version et de votre formule. N'hésitez pas à comparer et à joindre plusieurs devis à votre demande qui doivent mentionner :
- Le prix de l'appareil correcteur proposé.
- Le prix des éventuelles options non incluses initialement dans le produit.
- Le prix des prestations d'adaptation de l'appareil et de son suivi périodique.
- Le total à payer et les modalités de prise en charge par par votre régime obligatoire.

Ce devis devra également préciser la marque, le modèle, la référence commerciale et la classe de l'appareil correcteur, sa durée de garantie, la liste des accessoires obligatoires ou en option. En cas d'appareillage des deux oreilles, ces détails devront être fournis pour les deux audioprothèses. Enfin, le détail des prestations devra figurer dans une annexe de ce devis.

Quelles démarches effectuer pour vos dépenses de santé déjà réalisées ?

Les documents que vous devez nous adresser pour obtenir vos remboursements.

Soins pris en charge par votre régime obligatoire			
Famille de soins	**Nature du dossier**	**Pièces justificatives**	
		Avec télétransmission	**Sans télétransmission**
Soins courants	Honoraires médicaux des médecins généralistes et spécialistes, actes techniques, radiologie	Aucune pièce	Décompte de la Sécurité sociale + facture acquittée et détaillée
	Analyses et examens de laboratoire (analyses médicales)		
	Honoraires paramédicaux (Auxiliaires médicaux : infirmiers, orthophonistes…)		
	Médicaments remboursés par le régime obligatoire		
	Matériel médical (Prothèses orthopédiques et autres appareillages)		
	Frais de transport		
	Cure thermale	Facture acquittée hébergement ou transport	Décompte de la Sécurité sociale + facture acquittée et détaillée hébergement ou transport
Hospitalisation	Honoraires Chirurgien et Anesthésiste	Facture détaillée (Bordereau AMC remis par l'établissement hospitalier) et attestation de paiement	Décompte de la Sécurité sociale + facture détaillée (Bordereau AMC remis par l'établissement hospitalier) et attestation de paiement
	Frais de séjour		
	Forfait journalier hospitalier		
Optique	Monture et Verres	Aucune pièce	Décompte de la Sécurité sociale + facture acquittée et détaillée
	Lentilles		
Aides Auditives	Appareil Auditif	Aucune pièce	Décompte de la Sécurité sociale + facture acquittée et détaillée
	Entretien et piles		
Dentaire	Consultations, actes et soins dentaires (dont prise d'empreinte)	Aucune pièce	Décompte de la Sécurité sociale + facture acquittée et détaillée
	Prothèses dentaires	Facture acquittée	
	Tout inlay		
	Orthodontie	Aucune pièce	

Merci de nous adresser les décomptes de votre première complémentaire en cas d'intervention de leur part.

Soins non pris en charge par votre régime obligatoire		
Famille de soins	**Nature du dossier**	**Pièces justificatives**
Soins courants	Ostéopathe, acupuncteur, diététicien, pédicure	Facture acquittée et détaillée comportant le cachet d'identification du praticien
	Forfait Médicaments non remboursés dont contraception	Facture acquittée et détaillée
Hospitalisation	Chambre particulière	Facture acquittée et détaillée
	Lit accompagnant	
	Forfait télévision et Internet	
Optique	Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale	Facture acquittée et détaillée
	Chirurgie réfractive	
Dentaire	Implant	Facture acquittée et détaillée indiquant le(s) numéro(s) de(s) dent(s)
	Parodontologie	Facture acquittée et détaillée
	Orthodontie (adulte)	
Forfait naissance	Forfait de naissance ou d'adoption	Extrait d'acte de naissance ou d'adoption

Comment nous transmettre les documents pour vos dépenses de santé à venir ou déjà réalisées ?

Envoyez l'ensemble des documents à l'adresse suivante :
- Banque Populaire Santé - Centre de gestion - TSA 80004 - 79060 NIORT Cedex 9
- Par formulaire électronique : https://www.assurbpsante.fr/
- Ou par courriel : contact@assurbpsante.fr
- Ou par fax : 09 69 36 39 70

Comment nous contacter pour toutes vos questions ?

Connectez-vous à votre espace santé en ligne
depuis le site Internet https://www.assurbpsante.fr pour suivre vos remboursements et retrouver les informations de votre contrat.

Appelez le **09 69 36 39 90** Service gratuit + prix appel
et laissez-vous guider par notre serveur vocal interactif pour contacter nos experts en cas de questions sur les prises en charge, vos remboursements et pour toute modification de contrat du lundi au vendredi de 9h à 18h.

Accessibilité pour les personnes malentendantes et sourdes via le site de votre Banque Populaire ou banque affiliée et adossée.

Pour les malentendants et sourds, en cas d'urgence ou en dehors des horaires du service, une assistance par SMS est possible au 07 55 53 20 12 (coût d'un SMS selon opérateur et abonnement mobile).

4.2 EN CAS DE PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Appelez le **09 69 36 39 90** Service gratuit + prix appel
et laissez-vous guider par notre serveur vocal interactif pour bénéficier de l'assistance 24h/24 et 7j/7.

IMA se réserve le droit de demander la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès...).

De la même façon, IMA pourra demander l'envoi d'une attestation de son employeur mentionnant que le salarié a épuisé ses droits de garde d'enfants malades au domicile ou qu'il n'est pas bénéficiaire de tels accords.

4.3 EN CAS DE MODIFICATION DE VOTRE CONTRAT

Comment nous déclarer des changements ?

Pour déclarer un changement pour vous-même ou une autre personne assurée au contrat, :

Appelez le **09 69 36 39 90** Service gratuit + prix appel
et laissez-vous guider par notre serveur vocal interactif pour contacter nos experts du lundi au vendredi de 9h à 18h.

Vous pouvez également nous joindre
- Par formulaire électronique : https://www.assurbpsante.fr/
- Ou par courriel : contact@assurbpsante.fr
- Ou par fax : 09 69 36 39 70

Retrouvez le détail des changements à nous déclarer dans la partie 5.5.

4.4 EN CAS DE RÉCLAMATION

En cas de désaccord avec l'Assureur, le Réclamant peut se rapprocher de son conseiller habituel ou du Service Relations Clientèle de la banque. Il analysera avec lui l'origine du problème et mettra tout en œuvre pour lui apporter une réponse dans les meilleurs délais.

Si sa réclamation est formulée à l'oral et qu'il n'obtient pas immédiatement entière satisfaction, il sera invité à la formaliser sur un support écrit.

Un courrier de réclamation peut être adressé à l'adresse suivante : BPCE Assurances IARD - Service réclamations - TSA 20009 - 33700 MERIGNAC.

Le Réclamant recevra un accusé de réception sous 10 jours ouvrables maximum à compter de l'envoi de sa réclamation écrite, sauf si une réponse lui est apportée dans ce délai.

L'Assureur lui apportera une réponse écrite dans un délai maximum de deux mois à compter de l'envoi de sa réclamation écrite.

Le Réclamant a également la possibilité de saisir le Médiateur de l'Assurance au terme du processus de traitement de sa réclamation et en tout état de cause, deux mois après l'envoi de sa première réclamation écrite, qu'il ait reçu une réponse ou non. Le Réclamant peut le saisir gratuitement :
- sur le site Internet https://www.mediation-assurance.org/ via le formulaire en ligne « Je saisis le médiateur » ;
- par courrier, à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09.

Le Réclamant dispose d'un délai d'un an à compter de sa réclamation écrite pour saisir le Médiateur de l'Assurance. Dans tous les cas, il conserve la faculté de saisir le tribunal compétent.

À savoir

Si vous avez souscrit en ligne un produit ou service, vous pouvez également recourir à la plateforme européenne de Règlement en Ligne des Litiges (RLL) à l'adresse https://ec.europa.eu/consumers/odr/ (coût de connexion selon le fournisseur d'accès).

4.5 EN CAS DE QUESTION SUR VOS DONNÉES PERSONNELLES

Pour toute question sur vos droits, vous pouvez contacter le Délégué à la Protection Des Données par courrier électronique ou postal en indiquant vos nom, prénom, coordonnées de contact et en fournissant une copie de votre pièce d'identité.

Délégué à la Protection Des Données	
Adresse postale	**Courriel**
BPCE Assurances IARD 7, promenade Germaine Sablon 75013 Paris	assur-nonvie-dpo@bpce.fr

Retrouvez également des informations détaillées sur le traitement des données à caractère personnel dans la notice dédiée et annexée à la fin de cette Notice d'Information.
En cas d'évolution des traitements de vos données personnelles, BPCE Assurances IARD assurera la mise à jour régulière de la Notice d'Information disponible en ligne (https://www.assurances.groupebpce.com/ntx-organization/bpce-assurances/).

5 • LE FONCTIONNEMENT DE VOTRE CONTRAT

Consultez votre sommaire p.3 > Retrouvez vos définitions p.8 >

5.1 LA PRISE D'EFFET ET LA DURÉE DE VOTRE CONTRAT

À partir de quelle date êtes-vous assuré ?

Votre contrat entre en vigueur à la date d'effet précisée sur votre Certificat d'Adhésion jusqu'au 31 décembre à minuit de la même année. À compter de cette date d'effet, vous pourrez bénéficier de toutes les garanties acquises.

À savoir

La date de souscription de votre contrat (date de signature) n'est pas systématiquement la même que la date d'effet du contrat.
EXEMPLE : Vous pouvez choisir une date d'effet ultérieure à la date de signature de votre contrat afin de prendre en compte les délais de résiliation de votre précédente complémentaire santé. Dans la pratique, si au 1er mars vous signez votre nouveau contrat, vous pouvez demander une date d'effet au 2 avril. Cela permet d'assurer une continuité de couverture avec le précédent contrat en cours de résiliation. Nous pouvons effectuer pour votre compte les formalités nécessaires à la résiliation de votre précédente complémentaire santé.

À l'adhésion, vos déclarations doivent être sincères et conformes à la réalité ; votre cotisation et vos garanties en dépendent. Toute réticence ou déclaration intentionnellement fausse entraîne la nullité du contrat conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances.

Toute omission ou déclaration inexacte non intentionnelle entraînera une résiliation du contrat moyennant un préavis de 10 jours conformément à l'article L. 113-9 du Code des assurances.

Quelle est la durée de votre contrat ?

Votre contrat est reconduit automatiquement d'année en année, au 1er janvier.

5.2 CE QUI EST ASSURÉ PAR VOTRE CONTRAT

Qui est assuré ?

L'adhérent

Toute personne physique signataire du bulletin d'adhésion et/ou du Certificat d'Adhésion :

- Agée de moins de 76 ans à la prise d'effet du contrat pour la version Profil Famille ou Profil MASTER.
- Agée de moins de 50 ans à la prise d'effet du contrat pour la version Profil SOLO.

L'adhérent doit être âgé d'au moins 18 ans, sauf pour les mineurs émancipés.

À savoir

Vous pouvez assurer un ou plusieurs enfants seuls, notamment si votre mutuelle d'entreprise obligatoire ne les couvre pas.

Les conditions d'adhésion

L'adhésion au contrat complémentaire santé ASSUR-BP Santé est réservée aux clients du Groupe BPCE. Le contrat complémentaire santé ASSUR-BP Santé est constitué du Certificat d'Adhésion, de la présente Notice d'Information et le cas échéant du Bulletin d'Adhésion .

Les bénéficiaires

Sont désignées comme assurées/bénéficiaires uniquement les personnes ayant un lien de parenté avec l'adhérent ou son/sa conjoint(e), concubin(e), partenaire pacsé(e) et les personnes rattachées fiscalement à l'un ou à l'autre. Il peut s'agir :

- Du/de la conjoint(e), du/de la concubin(e) de l'adhérent ou du partenaire lié par un PACS dans le cadre des versions Profil FAMILLE ou Profil MASTER.
- Des enfants à charge de l'adhérent ou de son/sa conjoint(e), de son/sa concubin(e) ou de son partenaire lié par un PACS dans le cadre de la version Profil FAMILLE.

À savoir

À la naissance d'un enfant, pensez à nous transmettre un extrait d'acte de naissance. La cotisation est gratuite pour votre 3e enfant et les suivants, âgés de moins de 20 ans.

Pour quoi êtes-vous assuré ?

Votre contrat permet de couvrir les frais médicaux et chirurgicaux engagés par les personnes assurées en complément des prestations versées par leur régime obligatoire et donne accès à des prestations d'assistance et de tiers-payant, **dans la limite des garanties souscrites.**

À savoir

Votre contrat peut prendre en charge certains frais de santé non remboursés par le régime obligatoire dans le cadre de nos forfaits annuels. C'est par exemple le cas de l'ostéopathie et de la parodontologie pour certaines formules.

Dans quels pays s'appliquent vos garanties ?

L'assuré doit être domicilié en France métropolitaine (Corse incluse).

Les garanties s'exercent pour des frais médicaux engagés en France métropolitaine (Corse incluse) et dans les départements et régions d'outre-mer (DROM).

Séjours à l'étranger d'une durée inférieure à 90 jours

Les garanties s'exercent également dans le monde entier, pour des séjours n'excédant pas 90 jours, dès lors qu'il y a une prise en charge par le régime obligatoire français et que ces soins ont été effectués avec la même qualité de soins qu'en France.

Le remboursement de votre contrat intervient alors dans la limite des garanties souscrites.

Les garanties d'assistance aux personnes sont accordées dans le monde entier dès lors que la durée de votre déplacement à but touristique n'excède pas 3 mois. Sont exclus tous déplacements à but professionnel.

Notre conseil

- Si vous avez prévu de voyager dans l'Union Européenne, pensez à demander votre Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM) depuis votre compte sur le site Internet Ameli.fr. Cette carte atteste de vos droits à l'Assurance Maladie française et elle vous permet de bénéficier d'une prise en charge de vos soins médicaux au titre du régime obligatoire selon la législation et les formalités en vigueur dans le pays de séjour. Nous vous recommandons de la commander 15 jours minimum avant votre départ.

• Selon la destination de votre voyage, pour renforcer votre niveau d'indemnisation, nous vous conseillons de souscrire une assurance voyage optionnelle couvrant vos frais médicaux. Par exemple, dans les pays d'Amérique du Nord, en Australie ou à Singapour, les frais médicaux peuvent atteindre des montants très élevés. Les remboursements de cette assurance viendront en complément de ceux de votre contrat de complémentaire santé ainsi que de ceux de votre éventuelle carte de crédit utilisée pour régler votre voyage.

Séjours à l'étranger d'une durée supérieure à 90 jours

Les garanties ne s'appliquent pas. Il est donc recommandé de souscrire un contrat d'assurance spécifique qui garantit le remboursement des frais médicaux engagés.

5.3 CE QUI N'EST JAMAIS ASSURÉ PAR VOTRE CONTRAT

⚠ **Ce que votre contrat ne garantit jamais.**

- **Les événements, conséquences et suites de la guerre civile ou étrangère, émeutes et mouvements populaires.**
- **Les effets directs ou indirects provenant de la radioactivité ou de la transmutation du noyau de l'atome.**
- **Les conséquences dommageables des tremblements de terre, éruptions volcaniques, raz de marée.**
- **Les actes de l'assuré s'ils sont intentionnels, frauduleux ou dolosifs (les actes dolosifs se caractérisent par la conscience de commettre un dommage).**
- **Les actes ou interventions chirurgicaux(ales) à caractère esthétique non consécutifs à un accident garanti.**
- **Les séjours en gérontologie, en Instituts Médico Pédagogiques et établissements similaires.**
- **Les centres hospitaliers et assimilés pour les personnes âgées dépendantes et les hospitalisations en longs séjours*.**
- **La contribution et les pénalités prévues dans le cadre du non-respect du parcours de soins (voir partie 9.1).**
- **Les actes réalisés par des professionnels de santé non conventionnés et les séjours dans des établissements non conventionnés.**

*** Tels que les définit l'article L. 312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles.**

5.4 LE CALCUL DE VOS COTISATIONS ET LEUR PAIEMENT

Comment et quand payer vos cotisations ?

Les cotisations sont payables annuellement et d'avance. Elles peuvent faire l'objet d'un fractionnement mensuel ou trimestriel selon le mode de paiement choisi. Il en est alors fait mention dans le Certificat d'Adhésion.

Comment sont calculées vos cotisations ?

Le montant de votre cotisation est calculé en fonction de la formule de garanties que vous avez choisie et qui est mentionnée sur votre Certificat d'Adhésion.

Vos cotisations évoluent chaque année en fonction de l'âge des assurés. Elles sont également susceptibles d'être révisées en cas d'aggravation à caractère général des résultats techniques et notamment en cas de hausse tendancielle des dépenses de santé.

Vos cotisations pourront également être révisées soit immédiatement, soit à la prochaine échéance annuelle en cas de modification des dispositions législatives ou règlementaires ayant des incidences sur les garanties du contrat. Toute taxe (ou modification de taxe) devenant applicable au contrat sera automatiquement répercutée sur les cotisations d'assurance à la date de son entrée en vigueur.

Quels sont vos droits en cas d'augmentation de vos cotisations ?

Le changement du montant de la cotisation est notifié à l'adhérent via l'avis d'échéance. En cas de désaccord, l'adhérent doit nous en aviser au plus tard dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception de son avis d'échéance. Ce refus entraîne la résiliation du contrat à l'échéance. À défaut, l'adhérent est réputé avoir accepté le changement de montant.

Si vous n'avez pas payé votre cotisation ?

À défaut de paiement de votre cotisation, que son règlement soit global ou fractionné, ledit fractionnement est supprimé.

- Une mise en demeure par lettre recommandée est adressée à votre dernier domicile connu dans les 30 jours qui suivent l'échéance de paiement.
- Sauf paiement dans ce délai, cette mise en demeure suspend les garanties à l'expiration d'un délai de 30 jours supplémentaire.
- Puis au terme de ce délai, la résiliation interviendra 10 jours après.

Si un paiement correspondant au montant faisant l'objet de la mise en demeure intervient entre les mains de l'assureur ou de son mandataire, pendant la période de suspension des garanties et donc avant la résiliation effective, le contrat reprend ses effets le lendemain à midi.

Une fois le contrat résilié, nous nous réservons le droit de procéder au recouvrement des cotisations dues correspondant à la période assurée.

5.5 LES CHANGEMENTS À DÉCLARER

Le montant de votre cotisation a été établi en fonction des réponses aux questions qui vous ont été posées lors de la souscription concernant votre situation et de la formule de garanties choisie.

Ces informations permettent de vous proposer une formule et des garanties adaptées à votre situation.

Tout changement concernant votre situation et/ou concernant le ou les bénéficiaire(s) ayant une influence sur les garanties doit être déclaré pour plusieurs raisons :

- Il s'agit d'une obligation. La non-déclaration d'une modification peut engendrer une non-prise en charge des frais de santé dans certains cas.
- Ces changements peuvent nécessiter d'ajuster vos garanties et votre formule afin que votre couverture soit adaptée à votre nouvelle situation.
- Ces changements peuvent avoir un impact sur le montant de votre cotisation et soit la faire baisser, soit la faire augmenter.

Quels changements devez-vous nous déclarer ?

En cours de contrat, vous devez nous déclarer pour vous-même et les autres personnes assurées au contrat, les événements suivants :

- **Changement de domicile.**
- **Modification dans la composition de la famille assurée.**
- **Changement de situation au regard des régimes obligatoires d'Assurance Maladie.**
  EXEMPLE : Si vous déménagez dans les départements de la Moselle, du Bas-Rhin et du Haut-Rhin, vous pourriez être rattaché au régime local d'Assurance Maladie d'Alsace-Moselle.
- **Changement de vos activités professionnelles habituelles.**
  EXEMPLE : Vous choisissez de créer votre société et vous faites évoluer votre statut à celui de travailleur non-salarié (TNS). Vous serez alors rattaché à la Sécurité sociale des indépendants (SSI) et devez en conséquence nous en informer. N'hésitez pas à contacter votre conseiller bancaire habituel qui pourra vous proposer le contrat ASSUR-BP Santé Profil PRO, plus adapté à votre nouvelle situation.

ⓘ À savoir : quand pouvez-vous changer de formule ?

Les modifications concernant votre situation peuvent faire évoluer vos besoins en termes de remboursements. Dans ce cas, si vous souhaitez changer de formule :

- Vous ne pourrez accéder qu'à la formule immédiatement supérieure ou inférieure à celle que vous détenez.
- Pour accéder à la formule supérieure ou inférieure, vous devez avoir conservé votre formule en cours au moins 12 mois consécutifs.
  EXEMPLE : si vous avez souscrit la formule F3 de la version Profil SOLO, vous pouvez modifier votre formule soit à la hausse avec la formule F4 soit à la baisse avec la formule F2. Vous ne pouvez pas choisir la formule F1.

Quelles sont les conséquences de ces changements sur votre contrat ?

Si vous respectez les délais de déclaration, vous continuerez à bénéficier de votre contrat dans les mêmes conditions que celles précédant la modification de votre contrat.

Si votre déclaration est tardive

En cas de déclaration tardive, nous pouvons vous opposer la déchéance du droit à indemnisation s'il est établi que ce retard nous a causé un préjudice.

La charge de la preuve des exclusions incombe à l'assureur, de même que celle de la faute intentionnelle ou dolosive.

Si votre déclaration est inexacte

Toute omission ou déclaration inexacte non intentionnelle entraînera une résiliation du contrat moyennant un préavis de 10 jours conformément à l'article L. 113-9 du Code des assurances.

Dans quel délai déclarer ces changements ?

Conformément à l'article L. 113-2 du Code des assurances, ces déclarations doivent nous être faites dans un délai de 15 jours, à partir du moment où vous avez connaissance de ces événements.

5.6 LES MODALITÉS D'ÉVOLUTION DE VOTRE CONTRAT

Quels sont les changements que vous pouvez apporter à votre contrat et sous quels délais sont-ils pris en compte ?

Type de modification	Date d'effet de la modification
Ajout d'un bénéficiaire à la suite de la naissance ou de l'adoption d'un enfant	Dans les 3 mois suivant l'évènement, la date d'effet sera la date de naissance du nouveau-né ou la date du jugement pour l'enfant adopté. Ou au 1er jour du mois suivant la demande de modification si le délai de 3 mois est dépassé ou si l'assuré en fait la demande.
Ajout ou suppression d'un bénéficiaire	Au 1er jour du mois suivant la demande de modification. En cas de décès d'un bénéficiaire : au lendemain du décès.
Changement de domicile	Au jour de la demande.
Changement de régime obligatoire	**S'il n'y a pas d'évolution tarifaire :** la date d'effet est la date réelle de changement de régime. Si cette date n'est pas connue, la date d'effet sera alors la date du jour. **S'il y a une évolution tarifaire (par exemple en cas de passage du régime Alsace-Moselle au régime général) :** modification à l'échéance du mois qui suit la réception de la proposition d'avenant signé.
Modification des coordonnées bancaires	À la date de la demande de modification
Changement de formule si les règles sont respectées	Au 1er jour du mois suivant la demande de modification.
Changement de version EXEMPLE : vous vous mariez et passez ainsi de la version Profil SOLO à la version Profil FAMILLE	Au 1er jour du mois suivant la demande de modification.

5.7 LA RÉSILIATION DE VOTRE CONTRAT

Quand l'assureur ou vous-même pouvez résilier le contrat et sous quelles conditions ?

	Qui peut résilier ?	Quand est-il possible de résilier ?	Date d'effet de la résiliation
Résiliation sans motif			
La 1ère année	Vous	À l'expiration d'un délai d'un an moyennant un préavis de 2 mois.	À l'échéance annuelle de votre contrat au 31 décembre.
À l'issue de la 1ère année	Vous	À tout moment sans frais ni pénalités à l'expiration du délai de 1 an à compter de la première souscription.	1 mois après la notification par le nouvel assureur ou l'adhérent.
Résiliation avec motif			
La 1ère année	Nous	À l'expiration d'un délai de 1 an moyennant un préavis de 2 mois.	À l'échéance annuelle de votre contrat au 31 décembre.
Résiliation du contrat collectif par le souscripteur (BPCE) ou par l'assureur (BPCE Assurances IARD).	Nous	Respect d'un préavis de 2 mois.	À l'échéance annuelle du contrat collectif au 31 décembre.
Changement vous concernant et ayant une incidence directe sur votre complémentaire santé : • Changement de domicile impliquant une hausse de tarif. • Changement de situation matrimoniale (divorce, décès du conjoint, mariage...). • Changement de régime matrimonial (communauté ou séparation de bien...). • Changement de profession. • Retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle. • Expatriation. • Incarcération.	Vous et nous	Dans les 3 mois suivant la date de l'événement.	1 mois après la notification à l'autre partie.
Décès de l'adhérent	L'héritier ou le notaire	Vous devez nous informer de la date de l'événement et nous envoyer l'acte de décès de l'adhérent.	Au jour suivant la date du décès.
Affiliation à la Complémentaire Santé Solidaire	Vous	Vous devez nous informer de la date de l'ouverture de vos droits et nous envoyer une attestation de droits fournie par la Sécurité sociale.	Au jour d'ouverture des droits à la Complémentaire Santé Solidaire.
Non-paiement d'une cotisation ou d'une partie de la cotisation	Nous	40 jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure de payer.	Suspension de toutes les garanties 30 jours après envoi de la lettre recommandée de mise en demeure. Résiliation du contrat à l'expiration d'un délai supplémentaire de 10 jours.
Redressement ou liquidation judiciaire	L'administrateur ou le débiteur autorisé par le juge commissaire ou le liquidateur	Le contrat peut être résilié, dans les conditions prévues par la législation en vigueur, par l'administrateur ou le débiteur autorisé par le juge commissaire ou le liquidateur.	Au plus tard dans les 3 mois suivant la date du jugement de redressement ou de liquidation judiciaire.
Résiliation pour affiliation à une complémentaire santé d'entreprise obligatoire	Vous	Vous devez nous informer de la date de l'ouverture de vos droits et nous envoyer un justificatif de l'employeur stipulant le caractère obligatoire de la complémentaire santé.	A l'échéance du mois qui suit la réception du justificatif (pas de rétroactivité).

Quelles sont les modalités de résiliation ?

Si vous en prenez l'initiative, vous devez nous en informer, soit par voie électronique depuis votre espace Assuré en ligne, soit par une déclaration faite contre récépissé au siège social ou chez le représentant de l'Assureur, soit par l'envoi d'une lettre (le cachet de la Poste faisant foi) ou tout support durable (tel que l'email) dans les délais prévus :

- Par lettre à Banque Populaire Santé - Centre de Gestion - TSA 80004 - 79060 NIORT Cedex 9.
- Par tout autre support durable, notamment par formulaire électronique : https://www.assurbpsante.fr/ ou par email à contact@assurbpsante.fr

Le délai de préavis démarre à compter de la date d'envoi de la demande. Nous vous confirmerons par écrit la réception de la notification.

Pour une résiliation en dehors de l'échéance annuelle, vous devez joindre à votre demande un document justifiant le motif invoqué pour la résiliation.

Si nous en prenons l'initiative, une lettre recommandée vous sera adressée à votre dernier domicile connu, dans les délais prévus au contrat.

Le délai de résiliation court à compter de la date figurant sur le cachet de la Poste.

Dans quelles conditions vos cotisations peuvent-elles être remboursées après résiliation ?

Si la résiliation du contrat se produit au cours d'une période d'assurance, l'assureur rembourse à l'adhérent la part de cotisation perçue d'avance pour la période postérieure à la résiliation.

6 • VOS GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

Consultez votre sommaire p.3 > Retrouvez vos définitions p.8 >

Les listes des parties suivantes sont exhaustives.

6.1 SOINS COURANTS

Les soins courants correspondent à l'ensemble des soins dispensés par des professionnels de santé en dehors des cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans des établissements de santé ou médico-sociaux. Il s'agit par exemple des consultations en cabinet libéral ou en centre de santé, examens de laboratoire de biologie, actes de radiologie en cabinet...

Honoraires médicaux

Les honoraires médicaux correspondent à la rémunération du professionnel de santé que vous consultez. Ces consultations peuvent avoir lieu à domicile, en cabinet, à l'hôpital ou en clinique conventionnés.

Cette garantie rembourse les consultations, visites à domicile et autres actes médicaux ainsi que les déplacements et majorations, pris en charge par votre régime obligatoire :

- Des médecins non adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO.
- Des médecins adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO.
  Il peut s'agir de consultations, visites et actes médicaux (examen ophtalmologique, biopsie, etc.) réalisés par des médecins généralistes ou spécialistes conventionnés, par exemple un ophtalmologue ou un dermatologue.
- Des médecins radiologues non adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO.
- Des médecins radiologues adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO.
  Il peut s'agir notamment de radiographie, d'échographie, de scanner ou d'IRM réalisés par un médecin radiologue.

À savoir

Les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO) sont des contrats proposés aux professionnels de santé par le régime obligatoire visant à limiter les dépassements d'honoraires. L'option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) concerne les médecins généralistes et spécialistes et l'option de pratique tarifaire maîtrisée en chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO) s'adresse spécifiquement aux médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

Vos remboursements sont effectués dans les limites prévues au tableau des garanties selon le niveau choisi. Pour connaître le détail de votre tableau des garanties, reportez-vous à votre Certificat d'Adhésion.

	Versions Profil SOLO • Profil FAMILLE • Profil MASTER			
	F1	F2	F3	F4
Médecins non adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO	**Inclus.** Remboursement du ticket modérateur et prise en charge de tout ou partie des éventuels dépassements d'honoraires selon la formule souscrite.			
Médecins adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO				
Radiologie : médecins non adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO				
Radiologie : médecins adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO				

Retrouvez les explications du fonctionnement de vos remboursements dans les parties 1. Bien comprendre votre complémentaire santé et 8. Les modalités de remboursement.

À savoir

- Pour les actes dits « lourds » dépassant un certain tarif, le ticket modérateur qui reste à votre charge est remplacé par un forfait de 24 €. Ce forfait est remboursé par votre contrat.
- Les actes et les soins doivent être réalisés par des professionnels de santé diplômés et inscrits auprès du registre national de leur spécialité.
- Pensez à vous munir systématiquement de votre carte vitale. En effet, chez les professionnels de santé qui l'acceptent, cela permet de transmettre automatiquement votre demande de remboursement au régime obligatoire auquel vous êtes rattaché ainsi qu'à nos services (voir partie 4. Vos contacts et vos démarches).

Analyses et examens de laboratoire

Les analyses et examens de laboratoire correspondent à l'ensemble des examens (prélèvements, analyses…) réalisés la plupart du temps par un laboratoire d'analyses de biologie médicale.

Cette garantie rembourse les analyses et examens réalisés par un laboratoire d'analyses de biologie médicale et pris en charge par votre régime obligatoire :

- Les analyses sanguines ou d'urine.
- Les prélèvements.
- Les actes d'anatomie et de cytologie.
  EXEMPLE : analyse d'un frottis gynécologique.

Vos remboursements sont effectués dans les limites prévues au tableau des garanties selon le niveau choisi. Pour connaître le détail de votre tableau des garanties, reportez-vous à votre Certificat d'Adhésion.

	Versions Profil SOLO • Profil FAMILLE • Profil MASTER			
	F1	F2	F3	F4
Analyses et examens de laboratoire	**Inclus.** Remboursement du ticket modérateur.			

Retrouvez les explications du fonctionnement de vos remboursements dans les parties 1. Bien comprendre votre complémentaire santé et 8. Les modalités de remboursement.

À savoir

La grande majorité des laboratoires d'analyses de biologie médicale acceptent la carte vitale. En effet, cela permet de transmettre automatiquement votre demande de remboursement au régime obligatoire auquel vous êtes rattaché ainsi qu'à nos services (voir partie 4. Vos contacts et vos démarches).

Honoraires paramédicaux

Les honoraires paramédicaux correspondent à la rémunération du professionnel paramédical que vous consultez. Ces consultations peuvent avoir lieu à domicile, en cabinet, à l'hôpital ou en clinique conventionnés.

Cette garantie rembourse les actes pris en charge par votre régime obligatoire et effectués par :

- Des infirmiers.
- Des sages-femmes.
- Des masseurs-kinésithérapeutes.
- Des orthophonistes.
- Des orthoptistes.
- Des pédicures-podologues.

Vos remboursements sont effectués dans les limites prévues au tableau des garanties selon le niveau choisi. Pour connaître le détail de votre tableau des garanties, reportez-vous à votre Certificat d'Adhésion.

	Versions Profil SOLO • Profil FAMILLE • Profil MASTER			
	F1	F2	F3	F4
Honoraires paramédicaux	**Inclus.** Remboursement du ticket modérateur.			

Retrouvez les explications du fonctionnement de vos remboursements dans les parties 1. Bien comprendre votre complémentaire santé et 8. Les modalités de remboursement.

Médicaments

Les médicaments disponibles en pharmacie sont classés en catégories correspondant à différents niveaux de prise en charge. Il existe trois taux de remboursement des médicaments :

- 65 % (PH7) pour les médicaments dont le service médical rendu est majeur ou important.
- 30 % (PH4) pour les médicaments dont le service médical rendu est modéré et pour certaines préparations magistrales (médicament préparé au vu de la prescription destinée à un patient déterminé).
- 15 % (PH2) pour les médicaments à service médical rendu faible.

Ces garanties remboursent les frais engagés pour l'achat en pharmacie de :

- Médicaments prescrits à Service Médical Rendu Important (PH7) ou Modéré (PH4) remboursés par votre régime obligatoire.
- Médicaments prescrits à Service Médical Rendu Faible (PH2) remboursés par votre régime obligatoire.
- Médicaments non remboursés prescrits ou non, dont la contraception (selon la version).

EXEMPLE : il peut s'agir pour les médicaments prescrits, mais non pris en charge par votre régime obligatoire, des pilules contraceptives, des vitamines prénatales ou de la vitamine D pour les enfants.

À savoir

Pour être pris en charge, les médicaments doivent être inscrits sur la liste des médicaments ayant reçu une autorisation de mise sur le marché par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM).

Vos remboursements sont effectués dans les limites prévues au tableau des garanties selon le niveau choisi. Pour connaître le détail de votre tableau des garanties, reportez-vous à votre Certificat d'Adhésion.

	Version Profil SOLO			
	F1	F2	F3	F4
Médicaments à Service Médical Rendu Important (PH7) ou Modéré (PH4) remboursés par votre régime obligatoire	**Inclus.** Remboursement du ticket modérateur.			
Médicaments à Service Médical Rendu Faible (PH2) remboursés par votre régime obligatoire	**Non inclus.**	**Inclus.** Remboursement du ticket modérateur.		
Médicaments non remboursés prescrits ou non, dont la contraception	**Non inclus.**	**Inclus.** Remboursement d'un forfait par an.		

	Versions Profil FAMILLE • Profil MASTER			
	F1	F2	F3	F4
Médicaments à Service Médical Rendu Important (PH7) ou Modéré (PH4) remboursés par votre régime obligatoire	**Inclus.** Remboursement du ticket modérateur.			
Médicaments à Service Médical Rendu Faible (PH2) remboursés par votre régime obligatoire	**Non inclus.**	**Inclus.** Remboursement du ticket modérateur.		
Médicaments non remboursés prescrits ou non	**Inclus.** Remboursement d'un forfait par an. Contraception incluse pour la version Profil FAMILLE.			

Retrouvez les explications du fonctionnement de vos remboursements dans les parties 1. Bien comprendre votre complémentaire santé et 8. Les modalités de remboursement.

Ce que la garantie ne couvre pas :

- **La parapharmacie.**
- **Les vaccins non remboursés par le régime obligatoire.**
- **Les traitements antipaludéens.**
- **Les traitements d'aide au sevrage tabagique.**

Matériel médical

Le matériel médical correspond aux biens médicaux figurant sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursables par le régime obligatoire. Il s'agit notamment de matériels d'aide à la vie ou nécessaires à certains traitements. Il ne comprend ni l'optique ni les aides auditives.

Selon les formules, cette garantie rembourse les frais que vous avez engagés pour les prothèses orthopédiques et les autres prothèses et appareillages acceptés par le régime obligatoire :

- Les pansements.
- Les orthèses.

- Les attelles.
- Les prothèses externes.
- Les fauteuils roulants.
- Les lits médicaux.
- Les béquilles.

Vos remboursements sont effectués dans les limites prévues au tableau des garanties selon le niveau choisi. Pour connaître le détail de votre tableau des garanties, reportez-vous à votre Certificat d'Adhésion.

	Versions Profil SOLO • Profil FAMILLE • Profil MASTER			
	F1	F2	F3	F4
Matériel médical	**Inclus.** Remboursement du ticket modérateur et prise en charge de tout ou partie des éventuels dépassements selon la formule souscrite.			

Retrouvez les explications du fonctionnement de vos remboursements dans les parties 1. Bien comprendre votre complémentaire santé et 8. Les modalités de remboursement.

Autres frais liés à des soins courants

Les autres frais correspondent aux frais d'ostéopathie, d'acupuncteur, de diététicien, de pédicure, aux cures thermales et aux frais de transport.

Selon les formules, ces garanties remboursent les frais suivants pris en charge ou non par votre régime obligatoire :

- Les frais d'ostéopathie, d'acupuncteur, de diététicien et pédicure.
- Les cures thermales prises en charge par le régime obligatoire. Les cures thermales sont des séjours dans un centre thermal afin de traiter certaines affections. Elles doivent être prescrites par un médecin, qui peut aussi prescrire le transport pour s'y rendre.
- Le transport. Plusieurs types de transports peuvent être prescrits par un médecin en fonction de votre état de santé et de votre degré d'autonomie. Il peut s'agir d'une ambulance, d'un véhicule sanitaire léger (VSL), mais aussi d'un taxi conventionné avec le régime obligatoire, des transports en commun, etc.

Vos remboursements sont effectués dans les limites prévues au tableau des garanties selon le niveau choisi. Pour connaître le détail de votre tableau des garanties, reportez-vous à votre Certificat d'Adhésion.

	Version Profil SOLO			
	F1	F2	F3	F4
Ostéopathe	**Non inclus.**		**Inclus.** Remboursement d'un forfait par an.	
Cure thermale prise en charge par le régime obligatoire	**Non inclus.**		**Inclus.** Remboursement du ticket modérateur.	
Transport	**Inclus.** Remboursement du ticket modérateur.			

	Version Profil FAMILLE			
	F1	F2	F3	F4
Ostéopathe, acupuncteur, diététicien, pédicure	**Non inclus.**	**Inclus.** Remboursement d'un forfait par an.		
Cure thermale prise en charge par le régime obligatoire	**Non inclus.**	**Inclus.** Remboursement du ticket modérateur.		
Transport	**Inclus.** Remboursement du ticket modérateur.			

	Version Profil MASTER			
	F1	F2	F3	F4
Ostéopathe, acupuncteur, diététicien, pédicure	**Non inclus.**	**Inclus.** Remboursement d'un forfait par an.		
Cure thermale prise en charge par le régime obligatoire	**Inclus.** Remboursement du ticket modérateur.			
Transport	**Inclus.** Remboursement du ticket modérateur.			

Retrouvez les explications du fonctionnement de vos remboursements dans les parties 1. Bien comprendre votre complémentaire santé et 8. Les modalités de remboursement.

6.2 HOSPITALISATION

L'hospitalisation désigne un séjour dans un établissement conventionné en vue du traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité. L'hospitalisation ambulatoire recouvre les séjours sans nuitée tant pour de la chirurgie que pour des actes de médecine (dialyse...).

L'hospitalisation à domicile (HAD) qui est une alternative à l'hospitalisation classique et permet d'assurer des soins chez le patient, est également prise en charge.

À savoir

Un établissement conventionné est une clinique qui a conclu une convention avec le régime obligatoire afin d'assurer les mêmes conditions de prise en charge que dans un établissement public.

L'annuaire de santé d'ameli.fr (http://annuairesante.ameli.fr/) vous permet de rechercher un établissement conventionné ou un professionnel de santé selon son nom, sa profession, les actes qu'il pratique ou les spécialités de l'établissement.

Honoraires

Les honoraires médicaux correspondent à la rémunération des professionnels de santé que vous consultez lors d'une hospitalisation. Dans le cadre de cette garantie, ils sont perçus dans un hôpital public ou en clinique conventionnée.

En fonction de votre formule, cette garantie rembourse les honoraires et soins médicaux et chirurgicaux pris en charge ou non par votre régime obligatoire :

- Des médecins non adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO.
- Des médecins adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO.

EXEMPLE : il peut s'agir des honoraires du chirurgien pour une opération du genou, des honoraires de l'infirmière pour la réalisation d'un bilan sanguin ou encore des honoraires des différents intervenants pour la réalisation d'un scanner.

À savoir

Les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO) sont des contrats proposés aux professionnels de santé par le régime obligatoire visant à limiter les dépassements d'honoraires. L'option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) concerne les médecins généralistes et spécialistes et l'option de pratique tarifaire maîtrisée en chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO) s'adresse spécifiquement aux médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

Vos remboursements sont effectués dans les limites prévues au tableau des garanties selon le niveau choisi. Pour connaître le détail de votre tableau des garanties, reportez-vous à votre Certificat d'Adhésion.

	Versions Profil SOLO • Profil FAMILLE • Profil MASTER			
	F1	F2	F3	F4
Médecins non adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO	**Inclus.** Remboursement du ticket modérateur et prise en charge de tout ou partie des éventuels dépassements selon la formule souscrite.			
Médecins adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO				

Retrouvez les explications du fonctionnement de vos remboursements dans les parties 1. Bien comprendre votre complémentaire santé et 8. Les modalités de remboursement.

Forfait journalier hospitalier

Le forfait journalier hospitalier correspond à la somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24 heures dans un établissement de santé (ou pour les séjours inférieurs à 24 heures si le patient est présent dans l'établissement à minuit). Il s'agit d'une participation forfaitaire aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par votre hospitalisation.

Cette garantie rembourse le forfait journalier hospitalier, qui n'est pas pris en charge par votre régime obligatoire.

Nous vous remboursons le forfait journalier hospitalier aux frais réels c'est-à-dire au montant facturé par l'établissement hospitalier. Pour connaître le détail de votre tableau des garanties, reportez-vous à votre Certificat d'Adhésion.

	Versions Profil SOLO • Profil FAMILLE • Profil MASTER			
	F1	F2	F3	F4
Forfait journalier hospitalier	**Inclus.** Remboursement de vos frais réels.			

Retrouvez les explications du fonctionnement de vos remboursements dans les parties 1. Bien comprendre votre complémentaire santé et 8. Les modalités de remboursement.

Frais d'hospitalisation

Les frais d'hospitalisation sont les frais facturés par un établissement pour couvrir les coûts de votre séjour hospitalier (frais de séjour, de chambre particulière, de télévision, d'Internet, de transport).

En fonction de votre formule, cette garantie rembourse les frais suivants pris en charge ou non par votre régime obligatoire :

- Les frais de séjour. Ce sont les frais facturés par un établissement de santé pour couvrir l'ensemble des services mis à la disposition du patient : plateau technique, personnel soignant, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses...
- La chambre particulière (pour une hospitalisation incluant au moins une nuit). Cette prestation, proposée par les établissements de santé, permet à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle (pour une personne). **Cette garantie est limitée à 90 jours cumulés par année d'adhésion pour les hospitalisations psychiatriques** et peut également être limitée en nombre de jours d'hospitalisation dans les autres cas selon votre version.
- Les frais de télévision et d'Internet (pour une hospitalisation incluant au moins une nuit). **Cette garantie est limitée à 90 jours cumulés par année d'adhésion pour les hospitalisations psychiatriques** et n'est pas limitée en nombre de jours d'hospitalisation dans les autres cas.
- Le lit d'accompagnant pour l'hospitalisation des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans désignés au contrat ou du ou de la conjoint(e), du ou de la concubin(e) désigné(e) au contrat, selon votre version et votre formule.
- Le transport. Le transport des personnes malades, blessées ou des femmes sur le point d'accoucher peut être effectué en ambulance, véhicule sanitaire léger (VSL), taxi conventionné avec le régime obligatoire, unité mobile hospitalière ou véhicule de sapeurs-pompiers. Il doit être prescrit par votre médecin et peut être réservé par vous-même, un proche, le personnel hospitalier ou un professionnel de santé. En cas d'urgence médicale, il relève du SAMU-centre 15, après régulation médicale.

Vos remboursements sont effectués dans les limites prévues au tableau des garanties selon le niveau choisi. Pour connaître le détail de votre tableau des garanties, reportez-vous à votre Certificat d'Adhésion.

	Version Profil SOLO			
	F1	F2	F3	F4
Frais de séjour	**Inclus.** Remboursement du ticket modérateur et prise en charge de tout ou partie des éventuels dépassements selon la formule souscrite.			
Chambre particulière	**Non inclus.**		**Inclus.** Remboursement d'un forfait par jour.	
Télévision / Internet				
Transport pris en charge par le régime obligatoire	**Inclus.** Remboursement du ticket modérateur.			

	Version Profil FAMILLE			
	F1	F2	F3	F4
Frais de séjour	**Inclus.** Remboursement du ticket modérateur et prise en charge de tout ou partie des éventuels dépassements selon la formule souscrite.			
Chambre particulière	**Non inclus.**	**Inclus.** Remboursement d'un forfait par jour.		
Télévision / Internet				
Lit d'accompagnant (en cas d'hospitalisation d'enfants ou de petits-enfants de moins de 16 ans)	**Inclus.** Remboursement d'un forfait par jour.			
Transport pris en charge par le régime obligatoire	**Inclus.** Remboursement du ticket modérateur.			

	Version Profil MASTER			
	F1	F2	F3	F4
Frais de séjour	**Inclus.** Remboursement du ticket modérateur et prise en charge de tout ou partie des éventuels dépassements selon la formule souscrite.			
Chambre particulière	**Non inclus.**	**Inclus.** Remboursement d'un forfait par jour.		
Télévision / Internet				
Lit d'accompagnant (en cas d'hospitalisation du (de la) conjoint(e) désigné(e) au contrat)				
Transport pris en charge par le régime obligatoire	**Inclus.** Remboursement du ticket modérateur.			

Retrouvez les explications du fonctionnement de vos remboursements dans les parties 1. Bien comprendre votre complémentaire santé et 8. Les modalités de remboursement.

À savoir

Pour les actes dits « lourds » dépassant un certain tarif, le ticket modérateur qui reste à votre charge est remplacé par un forfait de 24 €. Ce forfait est remboursé par votre contrat. Le forfait patient urgences (FPU), facturé à toute personne se rendant aux urgences d'un hôpital pour des soins non suivis d'une hospitalisation, est également remboursé par votre contrat.

6.3 OPTIQUE

Les équipements d'optique correspondent aux dispositifs médicaux qui permettent de corriger des troubles de la vue tels que l'hypermétropie, l'astigmatisme, la myopie ou encore la presbytie. Il peut s'agir de lunettes (deux verres et une monture) ou de lentilles.

À savoir

Depuis la réforme « 100% Santé », les équipements optiques sont définis en 2 catégories qui doivent respecter un cahier des charges : les équipements « 100% Santé » dits de Classe A et les équipements libres dits de Classe B.

Selon les règles du contrat responsable, le remboursement des frais de lunettes (monture et 2 verres) peut intervenir une fois par période de deux ans. Dans le cas du renouvellement d'un équipement justifié par une évolution de la vue et pour les enfants de moins de 16 ans, cette limite est ramenée à un an. Si vous renouvelez votre équipement optique à la suite d'une évolution de la vue, une prescription médicale vous sera demandée.

Les périodes sont calculées à partir de la dernière facturation ayant fait l'objet d'une prise en charge par le régime obligatoire.

Équipements « 100% Santé »

Avec votre complémentaire santé responsable, vous bénéficiez de la réforme dite du « 100% Santé » qui donne accès depuis le 1er janvier 2020 à certains équipements en optique (verres et montures) sans reste à charge. Cette garantie rembourse intégralement les équipements « 100% Santé », en complément du remboursement du régime obligatoire et dans la limite des prix maximum que les opticiens s'engagent à respecter. Votre opticien doit établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement de l'offre « 100% Santé ».

Vos remboursements sont effectués dans les limites prévues au tableau des garanties selon le niveau choisi. Pour connaître le détail de votre tableau des garanties, reportez-vous à votre Certificat d'Adhésion.

	Versions Profil SOLO • Profil FAMILLE • Profil MASTER			
	F1	F2	F3	F4
Équipements « 100% Santé »	**Inclus.** Remboursement intégral plafonné aux prix limites de vente maximum fixés. Limité à une fois par période de 2 ans.			

Retrouvez les explications du fonctionnement de vos remboursements dans les parties 1. Bien comprendre votre complémentaire santé et 8. Les modalités de remboursement.

Équipements libres

L'offre « 100% Santé » n'a pas un caractère obligatoire. Vous avez aussi la possibilité de choisir un équipement à tarif libre ou d'opter pour un équipement « mixte », c'est-à-dire de choisir des verres de l'offre « 100% Santé » et une monture à tarif libre, ou inversement.

Si vous optez pour des équipements hors du « 100% Santé », ces garanties remboursent, selon la version et la formule, les frais de monture et de verres pris en charge ou non par votre régime obligatoire :

- Les verres simples adultes ou enfants.
- Les verres complexes adultes ou enfants.
- Les montures adultes ou enfants.

Vos remboursements sont effectués dans les limites prévues au tableau des garanties selon le niveau choisi. Pour connaître le détail de votre tableau des garanties, reportez-vous à votre Certificat d'Adhésion.

	Version Profil SOLO			
	F1	F2	F3	F4
Verre simple adulte	**Inclus.** Remboursement du ticket modérateur.	**Inclus.** Remboursement du ticket modérateur et d'un forfait par verre limité à une fois par période de 2 ans.		
Verre complexe adulte				
Monture adulte	**Inclus.** Remboursement du ticket modérateur.		**Inclus.** Remboursement du ticket modérateur et d'un forfait par verre limité à une fois par période de 2 ans.	

	Version Profil FAMILLE			
	F1	F2	F3	F4
Verre simple adulte	**Inclus.** Remboursement du ticket modérateur.	**Inclus.** Remboursement du ticket modérateur et d'un forfait par verre limité à une fois par période de 2 ans.		
Verre simple enfant		**Inclus.** Remboursement du ticket modérateur et d'un forfait par verre limité à une fois par an.		
Verre complexe adulte		**Inclus.** Remboursement du ticket modérateur et d'un forfait par verre limité à une fois par période de 2 ans.		
Verre complexe enfant		**Inclus.** Remboursement du ticket modérateur et d'un forfait par verre limité à une fois par an.		
Monture adulte	**Inclus.** Remboursement du ticket modérateur.		**Inclus.** Remboursement du ticket modérateur et d'un forfait par verre limité à une fois par période de 2 ans.	
Monture enfant			**Inclus.** Remboursement du ticket modérateur et d'un forfait par verre limité à une fois par an.	

	Version Profil MASTER			
	F1	F2	F3	F4
Verre simple adulte	**Inclus.** Remboursement du ticket modérateur et d'un forfait par verre limité à une fois par période de 2 ans.			
Verre complexe adulte				
Monture adulte	**Inclus.** Remboursement du ticket modérateur.	**Inclus.** Remboursement du ticket modérateur et d'un forfait par verre limité à une fois par période de 2 ans.		

Retrouvez les explications du fonctionnement de vos remboursements dans les parties 1. Bien comprendre votre complémentaire santé et 8. Les modalités de remboursement.

Lentilles

Les lentilles de contact sont des prothèses optiques posées sur la cornée. Le régime obligatoire ne rembourse les lentilles de contact que pour certains défauts visuels.

Selon les formules, cette garantie rembourse les frais de lentilles pris en charge ou non par votre régime obligatoire.

Vos remboursements sont effectués dans les limites prévues au tableau des garanties selon le niveau choisi. Pour connaître le détail de votre tableau des garanties, reportez-vous à votre Certificat d'Adhésion.

	Versions Profil SOLO • Profil FAMILLE • Profil MASTER			
	F1	F2	F3	F4
Lentilles	**Inclus.** Remboursement du ticket modérateur.	**Inclus.** Remboursement d'un forfait par an.		

Retrouvez les explications du fonctionnement de vos remboursements dans les parties 1. Bien comprendre votre complémentaire santé et 8. Les modalités de remboursement.

Chirurgie réfractive

La chirurgie réfractive regroupe différentes techniques chirurgicales (comme l'opération de la myopie au laser) qui permettent de corriger certains défauts de la vision, afin de ne plus avoir à recourir à des lunettes ou à des lentilles de correction. Cette intervention n'est pas prise en charge par votre régime obligatoire.

Selon les formules, cette garantie prend en charge les frais de chirurgie réfractive, à savoir les opérations de :
- La myopie.
- La presbytie.
- L'astigmatisme.
- L'hypermétropie.

Ces frais ne sont pris en charge qu'une seule fois et dans la limite d'un forfait.

Le forfait chirurgie réfractive s'entend par œil opéré et est donc versé une seule fois par œil pendant toute la durée de votre adhésion. Il n'est pas reconductible en cas de changement de niveau de formule et/ou de version (Profil SOLO ou Profil FAMILLE).

Vos remboursements sont effectués dans les limites prévues au tableau des garanties selon le niveau choisi. Pour connaître le détail de votre tableau des garanties, reportez-vous à votre Certificat d'Adhésion.

	Versions Profil SOLO • Profil FAMILLE			
	F1	F2	F3	F4
Chirurgie réfractive	**Non inclus.**	**Inclus.** Remboursement d'un seul forfait pendant toute la durée de votre adhésion.		

	Version Profil MASTER			
	F1	F2	F3	F4
Chirurgie réfractive	**Non inclus.**			

Retrouvez les explications du fonctionnement de vos remboursements dans les parties 1. Bien comprendre votre complémentaire santé et 8. Les modalités de remboursement.

À savoir

Les forfaits lunettes et chirurgie réfractive sont cumulables sur une même année d'adhésion sous réserve que la chirurgie réfractive intervienne avant l'équipement optique. Sur une même année, vous pouvez vous faire opérer puis acheter une paire de lunettes adaptée à votre nouvelle vue. Par contre, vous ne pouvez pas acheter une paire de lunettes puis vous faire opérer la même année.

6.4 AIDES AUDITIVES

Les aides auditives sont des appareils qui améliorent l'audition de la personne qui souffre de déficit auditif.

À savoir

Depuis la réforme « 100% Santé », les aides auditives sont définies en 2 catégories qui doivent respecter un cahier des charges : les équipements « 100% Santé » dits de Classe I et les équipements libres dits de Classe II. Selon les règles du contrat responsable, le remboursement des aides auditives peut intervenir une fois par période de quatre ans pour chaque oreille appareillée. Les périodes sont calculées à partir de la date d'achat du dernier équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par le régime obligatoire.

Si l'achat des deux aides auditives n'est pas fait simultanément, ces périodes courent séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

Équipements « 100% Santé »

Avec votre complémentaire santé responsable, vous bénéficiez de la réforme dite du « 100% Santé » qui donne accès depuis le 1er janvier 2021 à certaines aides auditives sans reste à charge. Cette garantie rembourse intégralement les équipements « 100% Santé », en complément du remboursement du régime obligatoire et dans la limite des prix maximum que les audioprothésistes s'engagent à respecter. Votre audioprothésiste doit établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement de l'offre « 100% Santé ».

La prise en charge des aides auditives comprend le remboursement de l'équipement et de toutes les prestations qui y sont liées (évaluation des besoins, choix de l'appareil, adaptation et réglages, accompagnement à l'utilisation, contrôle et suivi tout au long de l'utilisation de l'appareil) ainsi que des frais de dossier administratif.

Vos remboursements sont effectués dans les limites prévues au tableau des garanties selon le niveau choisi. Pour connaître le détail de votre tableau des garanties, reportez-vous à votre Certificat d'Adhésion.

	Versions Profil SOLO • Profil FAMILLE • Profil MASTER			
	F1	F2	F3	F4
Équipements « 100% Santé »	**Inclus.** Remboursement intégral plafonné aux prix limites de vente maximum fixés. Limité à une fois par période de 4 ans.			

Retrouvez les explications du fonctionnement de vos remboursements dans les parties 1. Bien comprendre votre complémentaire santé et 8. Les modalités de remboursement.

Équipements libres

L'offre « 100% Santé » n'a pas un caractère obligatoire. Vous avez aussi la possibilité de choisir un équipement à tarif libre.

Si vous optez pour des audioprothèses hors du « 100% Santé », cette garantie rembourse, selon les versions et les formules, les frais que vous avez engagés pour des aides auditives acceptées par votre régime obligatoire.

La prise en charge des aides auditives comprend le remboursement de l'équipement et de toutes les prestations qui y sont liées (évaluation des besoins, choix de l'appareil, adaptation et réglages, accompagnement à l'utilisation, contrôle et suivi tout au long de l'utilisation de l'appareil) ainsi que des frais de dossier administratif.

Vos remboursements sont effectués dans les limites prévues au tableau des garanties selon le niveau choisi. Pour connaître le détail de votre tableau des garanties, reportez-vous à votre Certificat d'Adhésion.

	Versions Profil SOLO • Profil FAMILLE			
	F1	F2	F3	F4
Équipements libres 20 ans et plus	**Inclus.** Remboursement du ticket modérateur.		**Inclus.** Remboursement du ticket modérateur et d'un forfait par oreille appareillée limité à une fois par période de 4 ans.	
Équipements libres Moins de 20 ans				

	Version Profil MASTER			
	F1	F2	F3	F4
Équipements libres 20 ans et plus	**Inclus.** Remboursement du ticket modérateur	**Inclus.** Remboursement du ticket modérateur et d'un forfait par oreille appareillée limité à une fois par période de 4 ans.		

Retrouvez les explications du fonctionnement de vos remboursements dans les parties 1. Bien comprendre votre complémentaire santé et 8. Les modalités de remboursement.

Notre conseil

Selon les recommandations professionnelles, pour une bonne utilisation des aides auditives, une visite de contrôle doit être réalisée deux fois par an ; elle est incluse dans le prix global déjà payé lors de l'achat de vos équipements.

6.5 DENTAIRE

Ces garanties s'appliquent aux actes et prestations bucco-dentaires réalisés par un chirurgien-dentiste, un orthodontiste ou un stomatologue et qui comprennent : les soins dentaires (consultation, détartrage…), les prothèses dentaires, l'orthodontie, la parodontologie, l'implantologie…

Soins et prothèses « 100% Santé »

Avec votre complémentaire santé responsable, vous bénéficiez de la réforme dite du « 100% Santé » qui donne accès depuis le 1er janvier 2020 à certains soins et prothèses dentaires sans reste à charge. Cette garantie rembourse intégralement les soins et prothèses « 100% Santé », en complément du remboursement du régime obligatoire et dans la limite des prix maximum que les chirurgiens-dentistes s'engagent à respecter.

Votre chirurgien-dentiste doit établir un devis faisant systématiquement apparaître une proposition entrant dans le panier « 100% Santé » ou à défaut hors champ du panier « 100% Santé » mais avec un reste à charge maîtrisé c'est-à-dire soumis à un tarif maximum de facturation, lorsqu'une telle proposition existe.

Les soins et prothèses « 100% Santé » comprennent un large choix de prothèses fixes ou mobiles avec des matériaux dont la qualité esthétique est adaptée à la localisation de la dent (distinction entre les dents « visibles » et les dents « non visibles »), qui peuvent être :

- Des couronnes céramiques monolithiques et céramo-métalliques sur les dents visibles (incisives, canines et premières prémolaires).
- Des couronnes céramiques monolithiques zircones (incisives, canines et prémolaires).
- Des couronnes métalliques toute localisation.
- Des inlays core et couronnes transitoires (liées aux couronnes définitives).
- Des bridges céramo-métalliques (incisives).
- Des bridges métalliques toute localisation.
- Des prothèses amovibles à base résine.

Vos remboursements sont effectués dans les limites prévues au tableau des garanties selon le niveau choisi. Pour connaître le détail de votre tableau des garanties, reportez-vous à votre Certificat d'Adhésion.

	Versions Profil SOLO • Profil FAMILLE • Profil MASTER			
	F1	F2	F3	F4
Soins et prothèses « 100% Santé »	**Inclus.** Remboursement intégral plafonné aux prix limites de vente maximum fixés.			

Retrouvez les explications du fonctionnement de vos remboursements dans les parties 1. Bien comprendre votre complémentaire santé et 8. Les modalités de remboursement.

Soins libres

Les soins dentaires correspondent à l'ensemble des actes du chirurgien-dentiste ou du stomatologue qui contribuent à la prévention et aux premiers soins à apporter en cas de problème dentaire.

Cette garantie rembourse les frais suivants, pris en charge par votre régime obligatoire :

- Les consultations.
- Les soins conservateurs tels que le détartrage ou le traitement d'une carie.
- Les soins chirurgicaux essentiels.

À savoir

Le chirurgien-dentiste a l'obligation de respecter les tarifs fixés par le régime obligatoire pour ces soins, sans possibilité de pratiquer des dépassements (à l'exception des inlays-onlays).

Vos remboursements sont effectués dans les limites prévues au tableau des garanties selon le niveau choisi. Pour connaître le détail de votre tableau des garanties, reportez-vous à votre Certificat d'Adhésion.

	Versions Profil SOLO • Profil FAMILLE • Profil MASTER			
	F1	F2	F3	F4
Soins	**Inclus.** Remboursement à hauteur du ticket modérateur.			

Retrouvez les explications du fonctionnement de vos remboursements dans les parties 1. Bien comprendre votre complémentaire santé et 8. Les modalités de remboursement.

Prothèses

Les prothèses dentaires remplacent ou consolident une ou plusieurs dents abîmées. Il en existe différents types : les prothèses fixes et les prothèses amovibles.

Un plafond global annuel de remboursement des prothèses dentaires s'applique selon la version et les formules. Ce plafond concerne les prothèses, le bonus prothèses « dents du sourire », tout type d'inlay et l'implantologie. Il ne s'applique pas aux remboursements des consultations.

Ces garanties remboursent les frais suivants, pris en charge ou non par votre régime obligatoire :

- Les prothèses dentaires. Il s'agit des prothèses fixes, comme les couronnes ou les bridges, ou des appareils amovibles (« dentiers »).
- Tout type d'inlay. Ces techniques permettent de reconstruire la dent tout en la gardant vivante en utilisant différents matériaux (en métal, en composite ou en céramique).
- Les implants racines. L'implantologie dentaire vise à remplacer une ou plusieurs dents manquantes en mettant en place une ou des racines artificielles dans l'os de la mâchoire, sur lesquelles sont fixées une ou plusieurs prothèses.

À savoir

Le remboursement des frais de prothèses peut être majoré - sans condition - par un « bonus prothèses dents du sourire » qui concerne uniquement les dents suivantes : incisives, canines et premières prémolaires.

Vos remboursements sont effectués dans les limites prévues au tableau des garanties selon le niveau choisi. Pour connaître le détail de votre tableau des garanties, reportez-vous à votre Certificat d'Adhésion.

	Version Profil SOLO			
	F1	F2	F3	F4
Plafond global annuel dentaire	**Pas de plafond.**	Plafond annuel uniquement les 2 premières années d'adhésion.		
Prothèses dentaires	**Inclus.** Remboursement du ticket modérateur.	**Inclus.** Remboursement d'un forfait par acte.		
Bonus prothèses « dents du sourire »	**Non inclus.**	**Inclus.** Remboursement d'un forfait par dent.		
Tout Inlay	**Inclus.** Remboursement du ticket modérateur.	**Inclus.** Remboursement d'un forfait par acte.		
Implant racine	**Non inclus.**	**Inclus.** Remboursement d'un forfait par an.		

	Version Profil FAMILLE			
	F1	F2	F3	F4
Plafond global annuel dentaire	Plafond annuel.	Plafond annuel uniquement les 2 premières années d'adhésion.		
Prothèses dentaires	**Inclus.** Remboursement d'un forfait par acte.			
Bonus prothèses « dents du sourire »	**Non inclus.**	**Inclus.** Remboursement d'un forfait par dent.		
Tout Inlay	**Inclus.** Remboursement du ticket modérateur.	**Inclus.** Remboursement d'un forfait par acte.		
Implant racine	**Non inclus.**	**Inclus.** Remboursement d'un forfait par an.		

	Version Profil MASTER			
	F1	F2	F3	F4
Plafond global annuel dentaire	Plafond annuel uniquement les 2 premières années d'adhésion.			
Prothèses dentaires	**Inclus.** Remboursement d'un forfait par acte.			
Bonus prothèses « dents du sourire »	**Non inclus.**			
Tout Inlay	**Inclus.** Remboursement d'un forfait par acte.			
Implant racine	**Non inclus.**	**Inclus.** Remboursement d'un forfait par an.		

Retrouvez les explications du fonctionnement de vos remboursements dans les parties 1. Bien comprendre votre complémentaire santé et 8. Les modalités de remboursement.

Autres garanties dentaires

Les autres garanties concernent les traitements de parodontologie et d'orthodontie.

Ces garanties remboursent les frais suivants, pris en charge ou non par votre régime obligatoire :

- La parodontologie. Cette discipline traite les maladies parodontales, qui sont des infections bactériennes détériorant les tissus de soutien des dents (gencive, ligaments, os...). Le traitement donne lieu à différents actes : apprentissage d'une hygiène bucco-dentaire rigoureuse, élimination des causes d'infection (détartrage des racines…), traitement chirurgical parodontal (greffe) ou contrôle périodique du patient.
- L'orthodontie pour les moins de 16 ans acceptée par le régime obligatoire. Cette discipline, pratiquée par les orthodontistes (médecins stomatologues ou chirurgiens-dentistes) corrige ou prévient les anomalies de positionnement ou d'alignement des dents et des mâchoires grâce à des appareils dentaires.
- L'orthodontie pour les plus de 16 ans non remboursée par le régime obligatoire.

À savoir

Votre régime obligatoire prend partiellement en charge le traitement de l'orthodontie des enfants commencé avant l'âge de 16 ans. Il est important d'obtenir un devis pour demander l'accord de prise en charge préalable du régime obligatoire avant de commencer le traitement. Retrouvez le détail des démarches à effectuer selon les situations dans la partie 4.1 En cas de dépenses de santé à venir ou déjà réalisées.

Vos remboursements sont effectués dans les limites prévues au tableau des garanties selon le niveau choisi. Pour connaître le détail de votre tableau des garanties, reportez-vous à votre Certificat d'Adhésion.

	Version Profil SOLO			
	F1	F2	F3	F4
Parodontologie	**Non inclus.**		**Inclus.** Remboursement d'un forfait par an.	
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	**Inclus.** Remboursement du ticket modérateur.			
Orthodontie refusée par le régime obligatoire (adulte)	**Non inclus.**		**Inclus.** Remboursement d'un forfait par semestre.	

	Version Profil FAMILLE			
	F1	F2	F3	F4
Parodontologie	**Non inclus.**		**Inclus.** Remboursement d'un forfait par an.	
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	**Inclus.** Remboursement d'un forfait par semestre.			
Orthodontie refusée par le régime obligatoire (adulte)	**Non inclus.**		**Inclus.** Remboursement d'un forfait par semestre.	

	Version Profil MASTER			
	F1	F2	F3	F4
Parodontologie	**Non inclus.**	**Inclus.** Remboursement d'un forfait par an.		
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	**Inclus.** Remboursement du ticket modérateur.			
Orthodontie refusée par le régime obligatoire (adulte)	**Non inclus.**			

Retrouvez les explications du fonctionnement de vos remboursements dans les parties 1. Bien comprendre votre complémentaire santé et 8. Les modalités de remboursement.

6.6 FORFAIT NAISSANCE

Forfait de naissance ou d'adoption

Selon les formules, la naissance et l'adoption d'un enfant font l'objet du versement d'un forfait. Ce forfait est versé par enfant né ou adopté.

Ce forfait est versé uniquement si votre ou vos enfant(s) sont déclarés comme assurés au présent contrat. Pour cela, la déclaration doit être effectuée dans les trois mois suivant leur naissance ou leur adoption.

À savoir

La date de naissance ou d'adoption doit être postérieure ou égale à la date de prise d'effet du contrat. Autrement dit, le forfait vous sera versé pour toute naissance ou adoption ayant lieu à compter de la date de prise d'effet du contrat.

Vos remboursements sont effectués dans les limites prévues au tableau des garanties selon le niveau choisi. Pour connaître le détail de votre tableau des garanties, reportez-vous à votre Certificat d'Adhésion.

	Versions Profil SOLO • Profil MASTER			
	F1	F2	F3	F4
Forfait de naissance ou d'adoption	**Non inclus.**			

	Version Profil FAMILLE			
	F1	F2	F3	F4
Forfait de naissance ou d'adoption	**Inclus.** Montant par naissance ou adoption.			

Retrouvez les explications du fonctionnement de vos remboursements dans les parties 1. Bien comprendre votre complémentaire santé et 8. Les modalités de remboursement.

6.7 LES EXCLUSIONS DES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

Ce que votre contrat ne garantit jamais.

- **Les événements, conséquences et suites de la guerre civile ou étrangère, émeutes et mouvements populaires.**
- **Les effets directs ou indirects provenant de la radioactivité ou de la transmutation du noyau de l'atome.**
- **Les conséquences dommageables des tremblements de terre, éruptions volcaniques, raz de marée.**
- **Les actes de l'assuré s'ils sont intentionnels, frauduleux ou dolosifs (les actes dolosifs se caractérisent par la conscience de commettre un dommage).**
- **Les actes ou interventions chirurgicaux(ales) à caractère esthétique non consécutifs à un accident garanti.**
- **Les séjours en gérontologie, en Instituts Médico Pédagogiques et établissements similaires.**
- **Les centres hospitaliers et assimilés pour les personnes âgées dépendantes et les hospitalisations en longs séjours*.**
- **La contribution et les pénalités prévues dans le cadre du non-respect du parcours de soins (voir partie 9.1).**
- **Les actes réalisés par des professionnels de santé non conventionnés et les séjours dans des établissements non conventionnés.**

*** Tels que les définit l'article L. 312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles.**

7 • VOS GARANTIES D'ASSISTANCE

Consultez votre sommaire p.3 > Retrouvez vos définitions p.8 >

7.1 LES GÉNÉRALITÉS DE VOS GARANTIES D'ASSISTANCE

Les garanties qui sont décrites ci-dessous mises en œuvre par notre assisteur s'appliquent compte tenu des caractéristiques géographiques, climatiques, économiques, politiques et juridiques propres au lieu de déplacement et constatées lors de l'évènement.

- IMA ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales, médicales et/ou administratives, et ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés s'ils relèvent de l'autorité publique.
- IMA ne peut intervenir dans les situations à risque infectieux en contexte épidémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales et/ou nationales du pays d'origine.

À savoir

Les prestations d'assistance sont indépendantes des garanties frais de santé du présent contrat. Elles vous sont acquises indépendamment du remboursement des frais de santé, dès lors que l'événement est garanti et que votre contrat a pris effet.

Comment contacter les services d'assistance ?

Pour bénéficier des prestations d'assistance, il vous suffit de composer le 09 69 36 39 90 Service gratuit + prix appel et depuis l'étranger le + 00 33 9 69 36 39 90 (24h/24 et 7j/7).

Accessibilité pour les personnes malentendantes ou sourdes via le site de votre Banque Populaire ou banque affiliée et adossée.

Pour les malentendants et sourds, en cas d'urgence ou en dehors des horaires du service, une assistance par SMS est possible au 07 55 53 20 12 (coût d'un SMS selon opérateur et abonnement mobile).

Les dépenses engagées sans l'accord préalable d'IMA resteront à votre charge.

Qui bénéficie des garanties d'assistance ?

Pour l'Assistance à domicile

Tout assuré domicilié en France métropolitaine ainsi que les personnes suivantes vivant sous son toit :

- Conjoint(e)/concubin(e)/pacsé(e).
- Enfants et petits-enfants.
- Enfants handicapés sans limite d'âge.
- Ascendants directs fiscalement à charge.

Pour l'Assistance en déplacement

Tout assuré domicilié en France métropolitaine ainsi que les personnes suivantes vivant sous son toit :

- Conjoint(e)/concubin(e)/pacsé(e).
- Enfants à leur charge ou vivant à leur domicile.
- Toute personne à leur charge et vivant à leur domicile.

Pour l'Aide aux aidants

Tout assuré domicilié en France métropolitaine, qui apporte seul ou en complément de l'intervention d'un professionnel, l'aide humaine rendue nécessaire par la perte d'autonomie d'un proche aidé et qui n'est pas salarié pour cette aide.

Quelles pièces justificatives devez-vous fournir pour mettre en œuvre une prestation d'assistance ?

IMA se réserve le droit de demander la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès...).

De la même façon, IMA pourra demander l'envoi d'une attestation de son employeur mentionnant que le salarié a épuisé ses droits de garde d'enfants malades au domicile, ou qu'il n'est pas bénéficiaire de tels accords.

Quelles sont vos obligations en cas de recours ?

L'assuré prend l'engagement formel d'informer IMA de toutes procédures pénales ou civiles dont il aurait eu connaissance contre le responsable d'un accident dont il aurait été victime et à raison de cet accident.

7.2 LES GARANTIES PROPOSÉES SELON LES FORMULES

Le tableau ci-dessous est une synthèse de vos prestations d'assistance. Pour plus de détails concernant les conditions, limites et exclusions applicables à chacune de ces garanties, veuillez-vous référer aux dispositions qui suivent.

			Profil SOLO	Profil FAMILLE	Profil MASTER
L'ASSISTANCE À DOMICILE					
Assistance à domicile en cas d'hospitalisation imprévue (> à 2 jours) ou d'immobilisation imprévue au domicile (> à 5 jours) liées à un accident ou une maladie	**De l'assuré(e) / conjoint(e) / concubine(e) / pacsé(e)**	Aide à domicile	Inclus. Voir partie 7.3		
		Présence d'un proche au chevet du patient assuré	Inclus. Voir partie 7.3		
		Transfert & garde d'animaux domestiques	Inclus. Voir partie 7.3		
		Services de proximité : • Livraison de médicaments	Inclus. Voir partie 7.3		
		• Portage de repas, d'espèces, livraison de courses	Non inclus.		Inclus. Voir partie 7.3
		Prise en charge des enfants et des petits-enfants de < 16 ans ou des enfants handicapés : • Déplacement d'un proche, ou transfert chez un proche, ou garde à domicile • Conduite à l'école et retour au domicile	Non inclus.	Inclus. Voir partie 7.3	
		Prise en charge des ascendants : • Déplacement d'un proche, ou transfert chez un proche, ou garde à domicile	Non inclus.	Inclus. Voir partie 7.3	
	De l'enfant / petit enfant / enfant handicapé	Prise en charge des enfants et des petits-enfants de < 16 ans, ou des enfants handicapés (sans limite d'âge) malades ou accidentés	Non inclus.	Inclus. Voir partie 7.3	
Assistance à domicile en cas d'évènement traumatisant		Soutien psychologique	Inclus. Voir partie 7.3		
Assistance à domicile en cas de chimiothérapie ou de radiothérapie		Aide à domicile	Inclus. Voir partie 7.3		
		Prise en charge des enfants et des petits-enfants de < 16 ans ou des enfants handicapés vivant au domicile	Inclus. Voir partie 7.3		
		Prise en charge des ascendants vivant au domicile	Inclus. Voir partie 7.3		
Informations et conseils		Garanties médicales : • Conseils médicaux • Transport en ambulance	Inclus. Voir partie 7.3		
		Informations juridiques	Inclus. Voir partie 7.3		
Garanties d'assistance maternité		Aide à domicile, garde des autres enfants de < 16 ans, garde des ascendants en cas de grossesse pathologique, de séjour prolongé en maternité, ou de naissance multiple ou prématurée	Non inclus.	Inclus. Voir partie 7.3	Non inclus.
		Garde des autres enfants de < 16 ans, garde des ascendants en cas d'hospitalisation d'un nouveau-né de < 3 mois	Non inclus.	Inclus. Voir partie 7.3	Non inclus.

		Profil SOLO	Profil FAMILLE	Profil MASTER
L'ASSISTANCE EN DÉPLACEMENT				
Assistance en déplacement touristique de moins de 3 mois en cas de maladie soudaine et imprévisible ou d'accident corporel de l'un des bénéficiaires	Rapatriement sanitaire	Inclus. Voir partie 7.4		
	Rapatriement des autres bénéficiaires en cas de rapatriement sanitaire d'un bénéficiaire blessé ou malade	Inclus. Voir partie 7.4		
	Hébergement sur place d'un accompagnant en cas d'hospitalisation prolongée (dans l'attente du rapatriement)	Inclus. Voir partie 7.4		
	Voyage Aller-Retour d'un proche	Inclus. Voir partie 7.4		
	Frais médicaux et d'hospitalisation à l'étranger	Inclus. Voir partie 7.4		
	Recherche et expéditions de médicaments et prothèses	Inclus. Voir partie 7.4		
Assistance en cas d'accident de ski alpin ou de fond	Frais de secours en montagne	Inclus. Voir partie 7.4		
Assistance en cas de décès	Rapatriement du corps en cas de décès de l'un des bénéficiaires en déplacement	Inclus. Voir partie 7.4		
	Retour anticipé en cas de décès d'un membre de la famille du bénéficiaire	Inclus. Voir partie 7.4		
Renseignements & conseils médicaux	Renseignements et conseils médicaux lors de la préparation d'un voyage, pendant et au retour de voyage	Inclus. Voir partie 7.4		
L'AIDE AUX AIDANTS				
Informations et conseils lorsque l'un des assurés devient aidant, en cas d'aggravation de la perte d'autonomie de l'aidé, ou d'accident corporel ou de maladie de l'aidant*	Informations médicales, nutrition prévention santé, conseil social, informations administratives, sociales, juridiques et pratiques, recherche de médecin, d'infirmière ou d'intervenant paramédical	Non inclus.	Non inclus.	Inclus en formule 3 ou 4. Voir partie 7.5
Garanties en cas de survenance ou d'aggravation de la perte d'autonomie de l'aidé*	Soutien de l'aidant : bilan social, soutien psychologique, formation de l'aidant	Non inclus.	Non inclus.	Inclus en formule 3 ou 4. Voir partie 7.5
	En cas de maintien à domicile : bilan situationnel par un ergothérapeute, service travaux aménagement du domicile, téléassistance	Non inclus.	Non inclus.	Inclus en formule 3 ou 4. Voir partie 7.5
	En cas de non maintien au domicile : coordination déménagement, nettoyage du logement	Non inclus.	Non inclus.	Inclus en formule 3 ou 4. Voir partie 7.5
Garanties en cas d'hospitalisation imprévue (> à 2 jours) ou d'immobilisation imprévue au domicile (> à 5 jours) de l'aidant, ou en cas de besoin de répit de l'aidant médicalement justifié	Auxiliaire de vie ou aide à domicile	Non inclus.	Non inclus.	Inclus en formule 3 ou 4. Voir partie 7.5
	Venue d'un proche ou transfert chez un proche	Non inclus.	Non inclus.	Inclus en formule 3 ou 4. Voir partie 7.5
	Services de proximité : • Livraison de médicaments • Portage de repas, d'espèces, livraison de courses • Coiffure à domicile	Non inclus.	Non inclus.	Inclus en formule 3 ou 4. Voir partie 7.5
	Téléassistance**	Non inclus.	Non inclus.	Inclus en formule 3 ou 4. Voir partie 7.5

* Prestations réservées aux bénéficiaires d'une formule 3 ou 4 Profil MASTER. ** Garantie non acquise en cas de besoin de répit de l'aidant médicalement justifié.

7.3 ASSISTANCE À DOMICILE

Dans quels pays s'appliquent vos garanties ?

Les garanties d'assistance à domicile s'appliquent en France métropolitaine.

Dans quels cas s'appliquent vos garanties ?

Les prestations d'assistance jouent suivant les garanties :

- En cas d'accident corporel ou de maladie soudaine, imprévisible et aiguë (non chronique) survenant à l'un des assurés et nécessitant une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours ou une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours.
- Et les traitements suivants :
  - Chimiothérapie.
  - Radiothérapie.
- Pour les garanties relatives aux aides à domicile et la prise en charge des enfants ou petits-enfants (< 16 ans) des enfants handicapés sans limite d'âge en cas d'indisponibilité des parents.
- En cas d'événement ressenti comme traumatisant pour la garantie « Soutien psychologique ».
- En cas de décès.

Dans quel cadre ces garanties sont-elles mises en place ?

IMA apporte une aide immédiate et effective afin de participer au retour à la normale de la vie familiale.

À savoir

Ces garanties n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale ni l'intervention habituelle de personnes telles que les assistantes maternelles et les employés de maison. Elle ne doit pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle de l'assuré. Le nombre d'heures attribué pourra donc être inférieur au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins de l'assuré, IMA se base sur des critères objectifs liés à son environnement et sa situation de vie notamment : type de logement, composition du foyer familial, niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et aides existantes.

L'urgence, qui justifie l'intervention d'IMA, se trouvant atténuée en cas de séjour dans un centre de convalescence du fait du temps dont dispose l'assuré pour organiser son retour au domicile, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins de l'assuré.

Dans quel délai devez-vous faire votre demande d'assistance ?

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, pour être recevable, toute demande d'assistance doit être exercée dans les délais indiqués ci-dessous :

1) Pour les garanties décrites au 7.3 (hors garanties aide à domicile et soutien psychologique en cas d'événement traumatisant), la demande doit être exercée au plus tard dans les 30 jours qui suivent :

- **L'immobilisation au domicile.**
- **La sortie d'une hospitalisation.**
- **Le décès.**

Passé ce délai, aucune garantie ne sera accordée.

2) Pour la garantie aide à domicile, la demande doit être exercée au plus tard dans les 7 jours à compter de :

- **L'immobilisation au domicile.**
- **La sortie d'une hospitalisation.**
- **Le décès.**

Passé ce délai, un décompte est effectué sur le plafond accordé et la garantie est mise en place au prorata des jours restants. Ce décompte s'effectue à partir du premier jour de l'événement.

Illustration pour la garantie aide à domicile plafonnée à 30 jours : en cas d'appel le 8e jour, la garantie est alors plafonnée à 22 jours.

Pour quoi n'êtes-vous pas couvert ?

Ce que la garantie ne couvre pas :

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties, les hospitalisations :

- **Dans des établissements et services psychiatriques, gérontologiques et gériatriques.**
- **Programmées lorsqu'elles sont liées à des maladies chroniques préexistantes.**
- **Liées à des soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, ainsi que leurs conséquences, en dehors de toute intervention à la suite de blessures, malformations ou lésions liées à des maladies.**
- **Liées au changement de sexe, à la stérilisation, les traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles, ainsi qu'à leurs conséquences.**

De même sont exclues les hospitalisations et immobilisations consécutives à l'usage de drogues, de stupéfiants non ordonnés médicalement et de la consommation d'alcools ou résultant de l'action volontaire de l'assuré (suicide, tentative de suicide ou mutilation volontaire).

Quelles sont vos garanties d'assistance à domicile ?

Assistance à domicile en cas d'hospitalisation imprévue (> à 2 jours) ou d'immobilisation imprévue au domicile (> à 5 jours) liées à un accident ou une maladie : de l'assuré(e) / conjoint(e) / concubin(e) / pacsé(e)

IMA organise et prend en charge sur une période maximale de 30 jours les garanties suivantes :

Aide à domicile

Pour les versions Profil SOLO, Profil FAMILLE et Profil MASTER

L'aide à domicile a notamment pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que du ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle est mise à disposition selon les disponibilités locales, dès le premier jour de l'hospitalisation imprévue, au retour au domicile ou à compter du premier jour d'immobilisation imprévue au domicile.

Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 30 heures à raison de 2 heures minimum par intervention réparties sur une période maximale de 30 jours.

Cette garantie s'applique immédiatement en cas de décès de l'assuré ou de son conjoint(e)/concubin(e)/pacsé(e).

Présence d'un proche au chevet du patient assuré

Pour les versions Profil SOLO, Profil FAMILLE et Profil MASTER

IMA organise et prend en charge en France métropolitaine le déplacement aller - retour d'un proche (train 1ère classe ou avion classe économique).

IMA organise également et prend en charge son hébergement pour 2 nuits, petits-déjeuners inclus, à concurrence de 92 € au total.

Transfert et garde d'animaux domestiques (chiens et chats)

Pour les versions Profil SOLO, Profil FAMILLE et Profil MASTER

Hospitalisation

IMA prend en charge sur présentation d'un justificatif de paiement, l'une des garanties suivantes :

- La visite de l'animal au domicile de l'adhérent par un « pet sitter ».
- Ou la garde de l'animal par un « pet sitter » au domicile de l'adhérent.
- Ou la garde de l'animal chez un « pet sitter ».

La prise en charge comprend les frais de déplacement aller-retour et les frais de « pet sitter ». Elle est limitée à un forfait de 15 € par jour, jusqu'à 450 € TTC maximum, et valable pour une garantie exécutée sur des jours consécutifs.

Immobilisation

IMA prend en charge sur présentation d'un justificatif la garantie suivante :
• La promenade du chien de l'adhérent par un « pet sitter ».

La prise en charge comprend les frais de déplacement aller-retour et les frais de « pet sitter ». Elle est limitée à un forfait de 15 € par jour, jusqu'à 450 € TTC maximum, et valable pour une garantie exécutée sur des jours consécutifs.

Services de proximité

Livraison de médicaments
Pour les versions Profil SOLO, Profil FAMILLE et Profil MASTER

Lorsque ni l'assuré ou son conjoint(e)/concubin(e)/pacsé(e), ni l'un de leurs proches ne sont en mesure de rechercher les médicaments prescrits par le médecin traitant, IMA se charge de les rechercher à la pharmacie la plus proche du domicile et de les livrer. La garantie est limitée à deux livraisons. Le prix des médicaments demeure à la charge de l'assuré .

Portage de repas
Pour les versions Profil MASTER

Lorsque l'assuré ou son conjoint(e)/concubin(e)/pacsé(e) n'est pas en mesure de préparer lui-même les repas ou de les faire préparer par son entourage, IMA prend en charge un forfait de livraison d'un pack repas pour 7 jours maximum à définir à la commande.

Notre solution de portage de repas permet à l'assuré, lors de sa commande, de trouver une écoute pour l'aider à composer ses repas en fonction de ses choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en sodium, hypocalorique). Il lui sera proposé un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons.

Le prix des repas demeure à la charge de l'assuré.

Portage d'espèces
Pour les versions Profil MASTER

Lorsque l'assuré ou son conjoint(e)/concubin(e)/pacsé(e) ne dispose plus d'espèces et ne peut s'en procurer, IMA organise et prend en charge :
• Un transport aller/retour dans un établissement bancaire.
• Ou bien le portage d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires, pour un montant maximum de 150 €. La somme avancée devra être remboursée à IMA dans un délai d'un mois à compter de la date de la reconnaissance de dette.

Livraison de courses
Pour les versions Profil MASTER

Lorsque ni l'assuré ou son conjoint(e)/concubin(e)/pacsé(e), ni l'un de leurs proches ne sont en mesure de faire les courses, IMA prend en charge les frais de livraison d'une commande par semaine. Les frais de livraison seront remboursés à l'assuré sur présentation d'un justificatif. Lorsque les disponibilités locales ne permettent pas le service de livraison à domicile, IMA organise et prend en charge la livraison par taxi. Le prix des courses demeure à la charge de l'assuré.

Prise en charge des enfants et petits-enfants (< 16 ans) ou des enfants handicapés (sans limite d'âge) en cas d'hospitalisation imprévue (> à 2 jours) ou d'immobilisation imprévue au domicile (> à 5 jours) d'un parent liée à un accident ou une maladie

IMA organise et prend en charge l'une des garanties suivantes sur une période maximale de 30 jours :

Le déplacement d'un proche
Pour les versions Profil FAMILLE et Profil MASTER

Déplacement aller et retour en France métropolitaine d'un proche pour garder les enfants ou petits-enfants au domicile (billet de train 1ère classe ou d'avion, classe économique).

Le transfert des enfants ou petits-enfants
Pour les versions Profil FAMILLE et Profil MASTER

Le voyage aller et retour en France métropolitaine des enfants ou petits-enfants, ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, en train 1ère classe ou en avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, IMA organise et prend en charge l'accompagnement des enfants ou petits-enfants par l'un de ses prestataires.

La garde des enfants ou petits-enfants
Pour les versions Profil FAMILLE et Profil MASTER

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA organise et prend en charge la garde des enfants ou petits-enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 30 heures réparties sur une période maximale de 30 jours.

Cette garantie s'applique immédiatement en cas de décès de l'assuré ou de son conjoint(e)/concubin(e)/pacsé(e).

La conduite à l'école et le retour au domicile des enfants ou petits-enfants
Pour les versions Profil FAMILLE et Profil MASTER

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA organise et prend en charge la conduite à l'école et le retour des enfants ou petits-enfants au domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un aller-retour par jour et par enfant, jusqu'à 5 jours répartis sur une période de 30 jours.

Pour les enfants handicapés, la conduite en centre spécialisé s'effectue selon les mêmes dispositions, sans aucune limite d'âge.

Les prestations garde/transfert/déplacement d'un proche ne sont pas cumulatives.

Prise en charge des ascendants

Lorsque ses ascendants ne peuvent se prendre en charge seuls, IMA organise et assume les coûts d'une des garanties suivantes sur une période maximale de 30 jours.

Le déplacement d'un proche
Pour les versions Profil FAMILLE et Profil MASTER

Déplacement aller et retour en France métropolitaine d'un proche pour garder les ascendants au domicile (billet de train 1ère classe ou d'avion, classe économique).

Le transfert des ascendants chez un proche
Pour les versions Profil FAMILLE et Profil MASTER

Le voyage aller et retour en France métropolitaine des ascendants en train 1ère classe ou en avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

La garde des ascendants
Pour les versions Profil FAMILLE et Profil MASTER

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA organise et prend en charge la garde des ascendants au domicile par l'un de ses intervenants habilités. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 30 heures réparties sur une période maximale de 30 jours.

Cette garantie s'applique immédiatement en cas de décès de l'assuré ou de son conjoint(e)/concubin(e)/pacsé(e).

Les prestations garde / transfert / déplacement d'un proche ne sont pas cumulatives.

Assistance à domicile en cas d'hospitalisation imprévue (> à 2 jours) ou d'immobilisation imprévue au domicile (> 5 à jours) liées à un accident ou une maladie : de l'enfant / petit enfant / enfant handicapé

Prise en charge des enfants et petits-enfants (< 16 ans) ou des enfants handicapés (sans limite d'âge) malades ou accidentés

IMA organise et prend en charge l'une des garanties suivantes sur une période maximale de 30 jours :

La présence d'un proche au chevet
Pour les versions Profil FAMILLE et Profil MASTER

En cas d'hospitalisation immédiate et imprévue ou d'une immobilisation

imprévue au domicile de plus de 2 jours de l'enfant ou du petit-enfant, IMA organise et prend en charge le déplacement aller et retour en France métropolitaine, d'un proche au chevet de l'enfant ou du petit-enfant (billet de train 1ère classe ou d'avion, classe économique).

La garde des enfants

Pour les versions Profil FAMILLE et Profil MASTER

En cas d'hospitalisation immédiate et imprévue ou d'une immobilisation imprévue au domicile de plus de 2 jours de l'enfant ou du petit-enfant, IMA organise et prend en charge, dans l'hypothèse où la précédente garantie ne trouverait pas à s'appliquer, la garde au domicile des enfants malades ou accidentés par un intervenant habilité.

Le nombre d'heures est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 30 heures réparties sur une période maximale de 30 jours.

La garde des frères et sœurs

Pour les versions Profil FAMILLE et Profil MASTER

En cas d'hospitalisation immédiate et imprévue d'un enfant ou petit-enfant, IMA organise et prend en charge la garde des autres enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans, lorsque aucun proche ne peut l'assumer, par :

- Le déplacement aller et retour en France métropolitaine d'un proche.
- Ou s'il y a lieu, leur garde au domicile par un intervenant habilité. Le nombre d'heures est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 30 heures réparties sur une période maximale de 30 jours.

Cette garantie peut être complétée par l'accompagnement aller-retour de l'enfant à l'école dans la limite d'un aller-retour par jour et par enfant, jusqu'à 5 jours répartis sur une période de 30 jours.

Les prestations garde/transfert/déplacement d'un proche ne sont pas cumulatives.

Soutien scolaire

Pour les versions Profil FAMILLE et Profil MASTER

Si l'enfant ou le petit-enfant est immobilisé au domicile pour une durée de plus de 14 jours et ne peut pas suivre sa scolarité, IMA organise et prend en charge son soutien pédagogique jusqu'à la reprise des cours.

Cette garantie s'applique pendant l'année scolaire en cours, pour les enfants du primaire au secondaire. Il s'agit de cours particuliers dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géographie, philosophie, économie), donnés au domicile de l'enfant, jusqu'à 3 heures par jour ouvrable, hors vacances scolaires et jours fériés.

Remplaçante de garde d'enfants

Pour les versions Profil FAMILLE et Profil MASTER

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible de la garde salariée habituelle des enfants entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours ou une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours.

IMA organise et prend en charge la garde de jour des enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA selon la situation et ne peut excéder 30 heures réparties sur une période maximale de 30 jours.

Assistance à domicile en cas d'évènement traumatisant

Soutien psychologique

Pour les versions Profil SOLO, Profil FAMILLE et Profil MASTER

En cas d'événement ressenti comme traumatisant par l'un des bénéficiaires, IMA organise et prend en charge selon la situation, des entretiens avec un psychologue clinicien :

- Pour les personnes majeures : jusqu'à 5 entretiens téléphoniques, et si nécessaire, jusqu'à 3 entretiens en face à face.
- Pour les personnes mineures : jusqu'à 5 entretiens en face à face.

Les entretiens doivent être exécutés dans un délai de 12 mois à compter de la date de survenance de l'événement. La garantie est mise en œuvre 24h sur 24.

Assistance à domicile en cas de chimiothérapie ou de radiothérapie de l'assuré(e) ou de son conjoint(e)/concubin(e)/pacsé(e)

En cas de nécessité de traitement médical entraînant des séances de radiothérapie ou de chimiothérapie en établissement hospitalier ou à domicile, IMA organise et prend en charge les garanties suivantes :

Aide à domicile

Pour les versions Profil SOLO, Profil FAMILLE et Profil MASTER

IMA met à la disposition du bénéficiaire une aide à domicile. Cette garantie est accordée pendant la durée du traitement, dans la limite de 30 heures, selon la situation.

Prise en charge des enfants et des petits-enfants de < 16 ans ou des enfants handicapés vivant au domicile

Pour les versions Profil SOLO, Profil FAMILLE et Profil MASTER

Les garanties relatives à la prise en charge des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou enfants handicapés (sans limite d'âge) vivant au domicile, garde/transfert/déplacement d'un proche/conduite à l'école, sont également applicables.

Les prestations garde/transfert/déplacement d'un proche ne sont pas cumulatives.

Prise en charge des ascendants vivant au domicile

Pour les versions Profil SOLO, Profil FAMILLE et Profil MASTER

Les garanties relatives à la prise en charge des ascendants vivant au domicile, garde/transfert/déplacement d'un proche, sont également applicables.

Les prestations garde/transfert/déplacement d'un proche ne sont pas cumulatives.

Informations et conseils

Garanties médicales

Conseils médicaux

Pour les versions Profil SOLO, Profil FAMILLE et Profil MASTER

Hors urgence médicale et en l'absence du médecin traitant, des conseils médicaux, liés à un accident corporel ou à une maladie à domicile, peuvent être prodigués à l'assuré par les médecins d'IMA. Ces conseils ne pourront cependant pas être considérés comme des consultations médicales.

Transport en ambulance

Pour les versions Profil SOLO, Profil FAMILLE et Profil MASTER

Hors urgence médicale, IMA organise, sur prescription médicale, le transport de l'assuré par ambulance ou véhicule sanitaire léger entre son domicile et un établissement de soins de son choix, proche de son domicile et médicalement adapté. Si son état de santé le nécessite, IMA organise son retour au domicile par l'un de ces moyens. Les frais de transport demeurent à la charge de l'assuré. Ils sont remboursés dans les conditions légales et réglementaires de la Sécurité sociale et la complémentaire santé.

Informations juridiques

Pour les versions Profil SOLO, Profil FAMILLE et Profil MASTER

(Les informations à caractère juridique ne sont pas à confondre avec une prestation d'assurance protection juridique)

IMA met à disposition des bénéficiaires, du lundi au samedi, hors jours fériés, un service téléphonique d'information juridique pour apporter des réponses en matière de droit français dans des domaines tels que : famille, santé, droit du travail, retraite, dépendance, succession, fiscalité, administration, justice, vie pratique, vacances à l'étranger…

Garanties d'assistance maternité

Les prestations d'assistance maternité ne sont pas cumulables entre elles, ni avec les prestations en cas d'hospitalisation imprévue de plus de 2 jours ou d'une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours, sauf en cas de grossesse pathologique.

Aide à domicile, garde des autres enfants de < 16 ans, garde des ascendants en cas de grossesse pathologique, de séjour prolongé en maternité, ou de naissance multiple ou prématurée

En cas de grossesse pathologique nécessitant un alitement supérieur à 15 jours de l'assuré ou de son conjoint(e)/concubin(e)/pacsé(e), en cas de séjour de plus de 5 jours en maternité de l'assuré ou de son conjoint(e)/concubin(e)/pacsé(e), en cas de naissance multiple ou de naissance prématurée (naissance d'un enfant inférieure à 37 semaines d'aménorrhée), IMA organise et prend en charge les garanties suivantes :

Une aide à domicile
Pour les versions Profil FAMILLE

IMA organise et prend en charge une aide à domicile à compter du premier jour de l'événement, à raison de 2 heures par jour d'immobilisation, dans la limite de 30 heures, réparties sur une période maximale d'un mois selon la situation. L'aide à domicile a notamment pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle est mise à disposition selon les disponibilités locales.

La garde des autres enfants de moins de 16 ans
Pour les versions Profil FAMILLE

IMA organise et prend en charge la garde des autres enfants soit :
- Le déplacement aller et retour en France métropolitaine d'un proche pour garder les autres enfants au domicile (billet de train 1ère classe ou d'avion, classe économique).
- Le transfert, voyage aller et retour en France métropolitaine des autres enfants ainsi que celui d'un proche les accompagnant, en train 1ère classe ou en avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir. En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, IMA organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires conventionnés.
- La garde des autres enfants, lorsqu'aucun proche ne peut l'assumer, par une garde à domicile ou intervenant autorisé, dans la limite de 30 heures, réparties sur 1 mois.

Les prestations garde/transfert/déplacement d'un proche ne sont pas cumulatives.

La garde des ascendants
Pour les versions Profil FAMILLE

IMA organise et prend en charge la garde des ascendants soit :
- Du déplacement aller et retour en France métropolitaine d'un proche, susceptible de s'en occuper au domicile (billet de train 1ère classe ou avion de ligne classe économique).
- De leur transfert aller et retour en France métropolitaine au domicile d'un proche, en train 1ère classe ou avion de ligne, classe économique.
- De leur garde à domicile dans la limite de 30 heures, réparties sur 1 mois.

Garde des autres enfants de < 16 ans, garde des ascendants en cas d'hospitalisation d'un nouveau-né de < 3 mois

En cas d'hospitalisation supérieure à 5 jours d'un nouveau-né de moins de 3 mois, IMA organise et prend en charge :

La garde des autres enfants de moins de 16 ans
Pour les versions Profil FAMILLE

IMA organise et prend en charge la garde des autres enfants soit :
- Le déplacement aller et retour en France métropolitaine d'un proche pour garder les autres enfants au domicile (billet de train 1ère classe ou d'avion, classe économique).
- Le transfert, voyage aller et retour en France métropolitaine des autres enfants ainsi que celui d'un proche les accompagnant, en train 1ère classe ou en avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir. En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, IMA organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires conventionnés.
- La garde des autres enfants, lorsqu'aucun proche ne peut l'assumer par une garde au domicile ou intervenant autorisé, dans la limite de 30 heures, réparties sur 1 mois.

Les prestations garde/transfert/déplacement d'un proche ne sont pas cumulatives.

La garde des ascendants
Pour les versions Profil FAMILLE

IMA organise et prend en charge la garde des ascendants soit :
- Du déplacement aller et retour en France métropolitaine d'un proche susceptible de s'en occuper au domicile (billet de train 1ère classe ou avion de ligne classe économique).
- De leur transfert aller et retour en France métropolitaine au domicile d'un proche en train 1ère classe ou avion de ligne, classe économique.
- De leur garde à domicile dans la limite de 30 heures, réparties sur 1 mois.

Les prestations garde/transfert/déplacement d'un proche ne sont pas cumulatives.

Prolongation des garanties

Lorsque les prestations mises en œuvre et prises en charge par IMA prennent fin, IMA propose aux assurés qui le souhaitent la prolongation de ces prestations, par la mise en relation avec ses intervenants. Le montant de ces prestations reste dès lors à la charge de l'assuré.

7.4. ASSISTANCE EN DÉPLACEMENT

Dans quels pays s'appliquent vos garanties ?

Les garanties d'assistance aux personnes sont accordées dans le monde entier dès lors que la durée du déplacement n'excède pas 3 mois.

Dans quels cas s'appliquent vos garanties ?

Ces prestations sont dues à la suite des événements suivants : maladie, accident corporel, décès d'un bénéficiaire.

Dans quelle cadre ces garanties sont-elles mises en place ?

Lors de son 1er appel, hormis son numéro de contrat, ses noms, prénoms et adresse, le bénéficiaire devra également indiquer :
- Le pays, la ville ou la localité dans lesquels il se trouve.
- Préciser l'adresse exacte et surtout le numéro de téléphone où nous pouvons le joindre.

Quels sont les déplacements garantis ?

Les garanties, qui sont décrites dans la suite de ce document, s'appliquent à l'étranger, pour tout déplacement à but touristique d'une durée pouvant aller jusqu'à 3 mois.

Sont exclus tout déplacement à but professionnel.

Comment sont mises en œuvre les garanties ?

- Toutes les dépenses que le bénéficiaire aurait dû normalement engager en l'absence de l'événement donnant lieu à l'intervention d'IMA restent à sa charge (titre de transport, repas...).
- Les prestations, non prévues dans la présente convention, qu'IMA accepterait de mettre en œuvre à la demande d'un bénéficiaire seront considérées comme une avance de fonds remboursable.
- Lorsque tout ou partie des garanties sont couvertes totalement ou partiellement par les organismes sociaux, le bénéficiaire requerra auprès des organismes concernés les remboursements qui lui sont dus et les reversera à IMA.

Pour quoi n'êtes-vous pas couvert ?

Ce que votre contrat ne couvre pas :

- **Les soins externes c'est-à-dire toutes consultations ou tous examens complémentaires, actes de kinésithérapie ou de pansement, soins dentaires ou optiques réalisés en cabinet ou en établissement hospitalier public ou privé, sans hospitalisation.**
- **Les frais médicaux engagés en France.**
- **Les états de grossesse dans le cadre de leur déroulement normal c'est-à-dire une grossesse qui ne présente pas de complication selon l'avis médical des médecins d'IMA.**
  Les frais de repas autres que le petit déjeuner, ainsi que les frais de téléphone et de bar en cas d'hébergement pris en charge par IMA au titre des garanties.
- **Les frais de confort personnel (radio, télévision, coiffeur, etc.).**
- **Les frais de transports primaires (les frais engagés pour des transports effectués en vue soit de l'admission d'un patient dans un établissement, soit de sa sortie définitive), de secours d'urgence et les frais de recherche (les frais engagés par les services de secours habilités).**
- **Les voyages à visée diagnostique et/ou thérapeutique, c'est-à-dire ayant pour objectif de consulter un praticien ou d'être hospitalisé ainsi que les déplacements pour greffe d'organe.**
- **Les dépenses liées au changement de sexe, à la stérilisation, les traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles.**
- **Les soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques en dehors de toute intervention à la suite de blessure, malformation ou lésion liées à des maladies.**
- **Les rechutes de maladies antérieures comportant un risque d'aggravation brutale connu du bénéficiaire préalablement à l'affectation.**
- **Les conséquences d'infractions volontaires à la législation locale en vigueur.**
- **Les frais engagés par le bénéficiaire de sa propre initiative, sans l'accord préalable d'IMA, sauf cas de force majeure.**

Quelles sont vos garanties d'assistance en déplacement ?

Assistance en déplacement touristique de moins de 3 mois en cas de maladie soudaine et imprévisible ou d'accident corporel de l'un des bénéficiaires

Rapatriement sanitaire

Pour les versions Profil SOLO, Profil FAMILLE et Profil MASTER

En cas de maladie soudaine et imprévisible ou d'accident corporel, lorsque les médecins d'IMA, après avis des médecins consultés localement et, si nécessaire, du médecin traitant, et en cas de nécessité médicalement établie, décident d'un rapatriement et en déterminent les moyens (ambulance, train, avion de ligne, avion sanitaire ou tout autre moyen approprié), IMA organise le retour du bénéficiaire à son domicile ou dans un hôpital adapté proche de son domicile et prend en charge le coût de ce transport.

Dans la mesure du possible, et sous réserve de l'avis des médecins d'IMA, il sera fait en sorte que l'un des membres de la famille, déjà sur place, puisse voyager avec le blessé ou le malade.

Rapatriement des autres bénéficiaires en cas de rapatriement sanitaire d'un bénéficiaire blessé ou malade

Pour les versions Profil SOLO, Profil FAMILLE et Profil MASTER

Lorsque le transport sanitaire d'un bénéficiaire est décidé, si le moyen de retour prévu initialement ne peut être utilisé, IMA organise et prend en charge le retour des autres bénéficiaires à leur domicile.

Hébergement sur place d'un accompagnant en cas d'hospitalisation prolongée (dans l'attente du rapatriement)

Pour les versions Profil SOLO, Profil FAMILLE et Profil MASTER

Lorsque le bénéficiaire blessé ou malade, non transportable, doit rester hospitalisé au-delà de la date initialement prévue pour son retour, IMA organise et participe à l'hébergement d'une personne attendant sur place le rapatriement, à concurrence de 50 € par jour, et ce pour une durée maximale de 7 jours.

Voyage Aller-Retour d'un proche

Pour les versions Profil SOLO, Profil FAMILLE et Profil MASTER

Lorsque le bénéficiaire blessé ou malade, non transportable, doit rester hospitalisé pendant plus de 7 jours, et dès lors qu'il est isolé de tout membre de sa famille, IMA organise et prend en charge le transport aller et retour d'un proche et participe à son hébergement, à concurrence de 50 € par jour, pour une durée maximale de 7 jours.

Lorsque le blessé ou le malade est âgé de moins de 15 ans, et à condition que son état de santé le justifie, ce déplacement est organisé et pris en charge pour une durée maximale de 7 jours, quelle que soit la durée de l'hospitalisation.

Frais médicaux et d'hospitalisation à l'étranger

Pour les versions Profil SOLO, Profil FAMILLE et Profil MASTER

À l'étranger, à la suite d'une maladie soudaine et imprévisible ou d'un accident corporel, IMA, en complément des prestations dues par les organismes sociaux, prend en charge les frais médicaux et d'hospitalisation engagés sur place à concurrence de 80 000 € par bénéficiaire, sous réserve que celui-ci ait la qualité de bénéficiaire auprès d'un organisme d'Assurance Maladie.

Les soins faisant l'objet de cette prise en charge devront avoir été prescrits en accord avec les médecins d'IMA et seront limités à la période pendant laquelle ils jugeront le patient intransportable.

Dans l'attente des remboursements par les organismes sociaux, ces frais médicaux et d'hospitalisation font l'objet d'une avance.

Le bénéficiaire s'engage à effectuer, dès son retour en France, toute démarche nécessaire au recouvrement de ces frais auprès des organismes concernés, et à transmettre à IMA les décomptes originaux justifiant les remboursements obtenus des organismes sociaux.

Recherche et expédition de médicaments et prothèses

Pour les versions Profil SOLO, Profil FAMILLE et Profil MASTER

En cas de nécessité, IMA recherche, sur le lieu de séjour, les médicaments prescrits ou leurs équivalents indispensables à la santé du patient. À défaut de pouvoir se les procurer sur le lieu de séjour, et dans la mesure où le délai d'acheminement est compatible avec la nature du problème, IMA organise et prend en charge l'expédition de ces médicaments.

De même, IMA organise et prend en charge, lorsque nécessaire, l'expédition au bénéficiaire de lunettes, lentilles de contact, appareillages médicaux et prothèses.

Le coût de ces médicaments et matériels reste à la charge du bénéficiaire, IMA pouvant en avancer le montant si nécessaire.

Assistance en cas d'accident de ski alpin ou de fond

Frais de secours en montagne

Pour les versions Profil SOLO, Profil FAMILLE et Profil MASTER

En cas d'accident lié à la pratique du ski alpin ou de fond, dans le domaine skiable autorisé et hors compétition sportive, IMA prend en charge les frais de secours appropriés du lieu de l'accident jusqu'à la structure médicale adaptée.

À l'étranger, IMA prend en charge les frais de secours en montagne, qu'ils soient liés ou non à la pratique du ski.

Assistance en cas de décès

Rapatriement du corps en cas de décès de l'un des bénéficiaires en déplacement

Pour les versions Profil SOLO, Profil FAMILLE et Profil MASTER

IMA organise et prend en charge le transport du corps jusqu'au lieu d'inhumation ou de crémation en France métropolitaine. La prise en charge inclut les frais de préparation du défunt, les aménagements spécifiques au transport, ainsi qu'un cercueil conforme à la législation et de qualité courante.

Les autres frais, notamment les frais de cérémonie, de convoi et d'inhumation ou de crémation restent à la charge de la famille.

Retour anticipé en cas de décès d'un membre de la famille du bénéficiaire

Pour les versions Profil SOLO, Profil FAMILLE et Profil MASTER

En cas de décès du conjoint(e)/concubin(e)/pacsé(e), d'un ascendant en ligne directe au premier degré ou d'un descendant en ligne directe au premier degré, d'un frère ou d'une sœur du bénéficiaire, IMA organise et prend en charge l'acheminement sur le lieu d'inhumation ou de crémation, en France métropolitaine, des bénéficiaires en déplacement (tels que définis plus haut).

Les mêmes dispositions sont applicables sur décision des médecins d'IMA en cas d'attente d'un décès imminent et inéluctable.

Renseignements & conseils médicaux

Renseignements et conseils médicaux lors de la préparation d'un voyage, pendant et au retour de voyage

Pour les versions Profil SOLO, Profil FAMILLE et Profil MASTER

Des renseignements et conseils médicaux à l'étranger pourront être prodigués par les médecins d'IMA :

- Lors de la préparation du voyage : attitudes préventives, vaccinations obligatoires et conseillées.
- Pendant le voyage : choix d'établissement hospitalier.
- Et au retour du voyage : tout événement médical survenant dans les suites immédiates.

Ces renseignements et conseils ne peuvent, pour autant, être considérés comme des consultations médicales.

De même, des renseignements pratiques, de caractère général, relatifs à l'organisation des voyages pourront être communiqués (formalités administratives, liaisons téléphoniques, caractéristiques économiques et climatiques...).

7.5. AIDE AUX AIDANTS

Dans quels cas s'appliquent vos garanties ?

Les prestations d'assistance interviennent :

- Lorsque l'un des assurés devient aidant.
- En cas d'aggravation de la perte d'autonomie de l'aidé.
- En cas d'accident corporel ou de maladie de l'aidant.

Dans quel délai devez-vous faire votre demande d'assistance ?

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, pour être recevable, toute demande d'assistance doit être exercée dans les délais indiqués ci-dessous :

1) Garanties Soutien de l'aidant, garanties en cas de maintien et de non-maintien au domicile liées à la perte d'autonomie :
La demande doit être exercée dans les 12 mois à compter de la date du document attestant de la perte d'autonomie.

Passé ce délai aucune garantie ne sera accordée.

2) Garanties Hospitalisation imprévue ou immobilisation de l'aidant et Besoin de répit de l'aidant :
La demande, doit être exercée au plus tard dans les 7 jours qui suivent :

- **Une immobilisation au domicile.**
- **La sortie d'une hospitalisation.**
- **La constatation d'un besoin de répit de l'aidant.**

Passé ce délai un décompte sera effectué sur les plafonds accordés et les garanties seront mises en place au prorata des jours restants.
Ce décompte s'effectue à partir du premier jour de l'évènement (sortie d'hospitalisation, immobilisation, constatation du besoin de répit).

Illustration pour la garantie aide à domicile plafonnée à 30 jours : en cas d'appel le 15e jour, la garantie est alors plafonnée à 15 jours.

Comment sont mises en œuvre les garanties ?

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle de l'aidant et de l'aidé. Le nombre d'heures nécessaires pourra donc être inférieur au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins, IMA se base sur des critères objectifs liés à l'environnement et à la situation de vie notamment : taille du logement, composition du foyer familial, niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et aides existantes.

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par IMA ou en accord préalable avec elle.

IMA ne participera pas après coup aux dépenses que l'aidant aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser l'aidant qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, IMA pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

Quelles pièces justificatives devez-vous fournir pour mettre en œuvre les garanties d'aide aux aidants ?

La mise en œuvre des garanties par IMA est soumise à la transmission préalable :

- **D'un justificatif de perte d'autonomie de l'aidé.**
- **D'un nouveau justificatif de perte d'autonomie de l'aidé en cas d'aggravation de la situation.**
- **D'un certificat médical en cas de besoin de répit de l'aidant.**
- **D'un bulletin d'hospitalisation ou d'un certificat médical en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation de l'aidant.**

Quelles sont vos garanties d'aide aux aidants ?

Informations et conseils lorsque l'un des assurés devient aidant, en cas d'aggravation de la perte d'autonomie de l'aidé, ou d'accident corporel ou de maladie de l'aidant

Informations médicales, nutrition prévention santé, conseil social, informations administratives, sociales, juridiques et pratiques, recherche de médecin, d'infirmière ou d'intervenant paramédical

Informations médicales

Prestations réservées aux bénéficiaires d'une formule 3 ou 4 d'une version Profil MASTER.

Une équipe médicale communique de 9h à 18h sur simple appel de l'aidant des informations et conseils médicaux sur les domaines suivants :

- Perte d'autonomie : attitudes préventives pour prévenir les chutes, conseils sur la santé et informations sur les risques médicaux.
- Conseils et prévention en matière de voyages, de vaccinations, d'hygiène et d'alimentation.
- Loisirs : attitude préventive face à la reprise d'une activité sportive, pratiques de sports à risques.

Les conseils médicaux donnés ne peuvent en aucun cas être considérés comme des consultations médicales ou un encouragement à l'automédication et ils ne remplacent pas le médecin traitant.

En cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les services médicaux d'urgence.

Nutrition Prévention Santé

Prestations réservées aux bénéficiaires d'une formule 3 ou 4 d'une version Profil MASTER.

Le bénéficiaire peut solliciter des conseils diététiques par téléphone pour prévenir les risques liés à l'alimentation, du lundi au vendredi, de 9h à 17h hors jours fériés.

La garantie se déroule en 2 temps : un entretien téléphonique avec conseils diététiques adaptés à la situation du bénéficiaire, et un appel de suivi.

Cette garantie s'applique une seule fois sur une période de 12 mois.

Conseil social

Prestations réservées aux bénéficiaires d'une formule 3 ou 4 d'une version Profil MASTER.

À la demande de l'aidant, IMA peut organiser et prendre en charge, selon la situation, de un à 5 entretiens téléphoniques sur 12 mois avec un Travailleur Social (Titulaire du diplôme de Conseiller en Économie Sociale et Familiale ou

Assistant Social). Ce service est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

Le Travailleur Social apporte une information générique sur les droits sociaux et les modes d'aides disponibles couvrant les champs suivants :

- Aides financières, exonérations de charges sociales, réductions d'impôts en fonction du statut de l'aidé et de la nature des mesures à financer : Prestation de Compensation du Handicap (PCH), Aide Personnalisée à la Perte d'Autonomie (APA), Plan d'Action Personnalisée (PAP) et Prestation d'Accueil du Jeune Enfant (PAJE). Organismes financeurs, démarches à réaliser et étapes du parcours de la demande.
- Modes d'intervention des « aides à domicile » : prestataire, mandataire, prêt de main d'œuvre, gré à gré développant une information sur les avantages et les contraintes des différents modes.

Informations Administratives, Sociales, Juridiques et Vie Pratique

Prestations réservées aux bénéficiaires d'une formule 3 ou 4 d'une version Profil MASTER.

À tout moment, afin d'aider l'aidant souhaitant obtenir des informations juridiques relatives à la perte d'autonomie, IMA met à sa disposition du lundi au samedi, hors jours fériés, un service d'information juridique et vie pratique pour apporter des réponses en matière de droit français.

À titre d'exemple, les domaines concernés sont les suivants : famille, santé, retraite, succession, fiscalité, administration, justice, vie pratique (tutelle, curatelle, assurance dépendance, choix d'une structure d'accueil, allocation personnalisée d'autonomie...).

Recherche de médecin, d'infirmière, d'intervenant paramédical

Prestations réservées aux bénéficiaires d'une formule 3 ou 4 d'une version Profil MASTER.

À la demande de l'aidant et dès lors que l'évènement ne relève pas de l'urgence, IMA pourra communiquer les coordonnées de médecins, infirmières, laboratoires, cabinets de radiographie, intervenant paramédical.

Garanties en cas de survenance ou d'aggravation de perte d'autonomie de l'aidé

Soutien de l'aidant : bilan social, soutien psychologique, formation de l'aidant

Bilan social

Prestations réservées aux bénéficiaires d'une formule 3 ou 4 d'une version Profil MASTER.

IMA organise et prend en charge un bilan social réalisé par un Travailleur Social, dans la limite de 3 appels sur 3 mois.

Celui-ci évalue les besoins d'aide et d'accompagnement de la personne dépendante en prenant en compte sa ou ses problématiques : identification de la solution la mieux adaptée à la situation, aide au choix du lieu de vie, à la recherche des aides financières possibles, à la mise en place de l'organisation la plus pertinente ; identifie les priorités et adresse une synthèse à l'aidant, avec des préconisations personnalisées sur sa situation.

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés et doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'évènement.

Soutien psychologique

Prestations réservées aux bénéficiaires d'une formule 3 ou 4 d'une version Profil MASTER.

IMA peut organiser et prendre en charge, selon la situation, des entretiens avec un psychologue clinicien :

- Pour les personnes majeures : jusqu'à 5 entretiens téléphoniques, et si nécessaire, jusqu'à 3 entretiens en face à face.
- Pour les personnes mineures : jusqu'à 5 entretiens en face à face.

L'assistance psychologique doit être exécutée au profit de l'aidant ou de l'aidé dans un délai d'un an à compter de la date de survenance de l'événement.

Formation de l'aidant

Prestations réservées aux bénéficiaires d'une formule 3 ou 4 d'une version Profil MASTER.

IMA organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute au domicile (2 interventions de 2h) afin de faciliter le quotidien de l'aidant grâce à :

- L'étude de l'organisation du quotidien.
- L'aide à l'acquisition des gestes et postures dans la vie quotidienne et la manutention de personnes (lever, toilette, habillage…).
- L'apprentissage de matériels spécifiques, appareillages, aides techniques.
- L'acquisition des savoir-être et savoir-faire nécessaires pour accompagner et vivre avec des personnes présentant des troubles cognitifs, aider à gérer la fatigabilité, éviter l'apparition des « troubles du comportement », communiquer plus efficacement…).
- Des conseils pour favoriser la pérennité d'une relation d'aide harmonieuse.

Cette garantie doit être exécutée dans les 24 mois suivant l'événement.

En cas de maintien à domicile

Bilan situationnel par un ergothérapeute

Prestations réservées aux bénéficiaires d'une formule 3 ou 4 d'une version Profil MASTER.

IMA organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute au domicile de l'aidant ou de l'aidé si l'aidé vit chez l'aidant.

Cette garantie prend en compte l'évaluation de la personne dans son lieu de vie : évaluation des capacités de la personne, de ses habitudes de vie, de l'organisation en place, de son environnement (équipements, cadre bâti, environnement humain...). Cette évaluation est complétée par l'envoi d'un rapport consignant et illustrant les solutions proposées pour en permettre la mise en œuvre (nouvelle organisation, équipements, croquis des aménagements éventuels, informations sur les coûts, documentation et adresses de proximité).

Cette prestation répond à la problématique de l'aidé et à celle de l'aidant non professionnel à domicile. Les solutions proposées tendent à restaurer le niveau d'indépendance de la personne aidée et à faciliter la relation d'aide de la personne aidante dans l'optique d'une vie à domicile sécurisée et pérenne.

Cette garantie doit être exécutée dans les 24 mois suivant l'événement.

Service travaux pour aménagement du domicile

Prestations réservées aux bénéficiaires d'une formule 3 ou 4 d'une version Profil MASTER.

Lorsque l'ergothérapeute préconise des solutions d'aménagement du domicile, IMA se met en relation avec une structure du groupe IMA qui sert d'intermédiaire avec des professionnels du bâtiment pour une aide à la réalisation de travaux d'aménagement de l'habitat n'entrant pas dans le champ de la garantie décennale des constructeurs visée aux articles 1792 et suivants du code civil. Le service comprend :

- La mise en relation avec un professionnel de son réseau pour l'établissement sur place d'un diagnostic des travaux d'aménagement à effectuer ainsi qu'un devis.
- Le contrôle administratif du devis (le contrôle porte sur le taux de TVA, la mention de la durée de validité du devis et les conditions de règlement),
- Un avis sur la corrélation entre le descriptif du projet d'aménagement et les prestations proposées par le professionnel,
- Un avis sur les prix mentionnés sur le devis par comparaison aux prix du marché.

Le coût des travaux reste à la charge de l'aidant ou de l'aidé qui doit transmettre au groupe IMA le procès-verbal de fin de travaux ainsi que la facture acquittée.

Cette garantie est limitée à 1 dossier par évènement et doit être exécutée dans les 24 mois suivant l'événement.

Téléassistance

Prestations réservées aux bénéficiaires d'une formule 3 ou 4 d'une version Profil MASTER.

IMA organise et prend en charge la mise en place d'un service de téléassistance au domicile du bénéficiaire, comprenant les frais d'accès et la maintenance d'un transmetteur de téléalarme au domicile, pour une durée maximale de 90 jours. Les frais d'accès au service comprennent :

- L'évaluation de la situation et de l'urgence par un conseiller spécialisé.
- Si nécessité d'une intervention à domicile, l'avertissement du réseau de proximité.
- Si besoin, le transfert de l'appel au plateau médical et l'appel des services d'urgence.

Au-delà de la prise en charge d'IMA, l'aidant® ou l'aidé® peut demander la prolongation du service pour une durée de son choix. Le montant de la prestation reste dès lors à la charge de l'aidant® ou l'aidé®.

Cette garantie doit être exécutée dans le mois suivant l'événement.

En cas de non-maintien à domicile

Coordination déménagement

Prestations® réservées aux bénéficiaires® d'une formule 3 ou 4 d'une version® Profil MASTER.

L'adhérent peut bénéficier de la coordination complète du déménagement de l'aidé® incluant :

- Un diagnostic déménagement à distance pour définir les besoins, le budget et estimer le prix du déménagement.
- La recherche d'une entreprise de déménagement : sélection d'entreprises de déménagement, analyse des devis, négociation des prix.
- L'organisation du déménagement.

Le prix du déménagement reste à la charge de l'adhérent.

La garantie doit être exécutée dans la limite d'un accompagnement pour coordonner le déménagement dans les 24 mois suivant l'évènement.

Nettoyage du logement

Prestations® réservées aux bénéficiaires® d'une formule 3 ou 4 d'une version® Profil MASTER.

IMA organise et prend en charge le nettoyage du logement quitté, dans un délai d'un mois à compter de la date du déménagement et dans la limite de 500 €.

Garanties en cas d'hospitalisation imprévue (> à 2 jours) ou d'immobilisation imprévue au domicile (> à 5 jours) de l'aidant

IMA organise et prend en charge sur une période maximale de 30 jours les garanties suivantes :

Auxiliaire de vie ou aide à domicile

Prestations® réservées aux bénéficiaires® d'une formule 3 ou 4 d'une version® Profil MASTER.

- Mise à disposition d'une auxiliaire de vie pour la garde de jour de l'aidé®, du lundi au vendredi de 8h à 20h.
- Ou mise à disposition d'une aide à domicile ayant pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que du ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité.

Les deux garanties ne sont pas cumulables. Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 30 heures à raison de 2 heures minimum par intervention (dont 2h pour la venue si nécessaire d'une coordinatrice afin d'analyser les besoins de l'aidé®).

Venue d'un proche ou transfert chez un proche

Prestations réservées® aux bénéficiaires® d'une formule 3 ou 4 d'une version® Profil MASTER.

- Le transport aller/retour en train (1ère classe) ou en avion (classe économique) d'un proche® en France®.
- Ou le transport non médicalisé de l'aidé® chez un proche® en France®.

Les deux garanties ne sont pas cumulatives et sont prises en charge dans la limite de 200 € l'aller/retour.

Services de proximité

Livraison de médicaments

Prestations® réservées aux bénéficiaires® d'une formule 3 ou 4 d'une version® Profil MASTER.

Lorsque ni l'aidant®, ni son entourage ne sont en mesure de rechercher les médicaments prescrits par le médecin traitant® pour l'aidé®, IMA se charge de les rechercher à la pharmacie la plus proche de son domicile® et de les lui livrer. La garantie est limitée à une livraison sur une période de 30 jours. Le prix des médicaments demeure à la charge de l'aidant® ou de l'aidé®.

Portage de repas

Prestations® réservées aux bénéficiaires® d'une formule 3 ou 4 d'une version® Profil MASTER.

IMA organise prend en charge la livraison d'un pack de 5 à 7 jours de repas lorsque ni l'aidant®, ni les proches® ne sont en mesure de préparer eux-mêmes les repas pour l'aidé® ou de les faire préparer par l'entourage.

La solution de portage de repas permet, lors de la commande, de trouver une écoute pour aider à composer ses repas en fonction de ses choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en sodium, hypocalorique). Il est proposé un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons.

Le prix des repas demeure à la charge de l'aidant® ou de l'aidé®.

Sont considérés comme repas le déjeuner et le dîner. Le petit-déjeuner est exclu de la garantie.

Livraison de courses

Prestations® réservées aux bénéficiaires® d'une formule 3 ou 4 d'une version® Profil MASTER.

Lorsque ni l'aidant®, ni son entourage ne sont en mesure de faire les courses pour l'aidé®, IMA prend en charge les frais de livraison d'une commande par semaine. Les frais de livraison seront remboursés à l'aidant® ou à l'aidé® sur présentation d'un justificatif.

Lorsque les disponibilités locales ne permettent pas ceci, IMA organise et prend en charge une livraison par taxi.

Le prix des courses demeure à la charge de l'aidant® ou de l'aidé®.

Coiffure à domicile

Prestations® réservées aux bénéficiaires® d'une formule 3 ou 4 d'une version® Profil MASTER.

Lorsque l'aidé® a besoin de soin de coiffure, IMA organise le déplacement d'un coiffeur au domicile®. La prise en charge est limitée à un seul déplacement et le prix de la prestation du coiffeur demeure à la charge de l'aidant® ou de l'aidé®.

Portage d'espèces

Prestations réservées® aux bénéficiaires® d'une formule 3 ou 4 d'une version® Profil MASTER.

Lorsque l'aidé® ne dispose plus d'espèces et ne peut s'en procurer, IMA organise et prend en charge :

- Un transport aller/retour dans un établissement bancaire proche du domicile®.
- Ou le portage d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires, pour un montant maximum de 150 €. La somme avancée devra être remboursée à IMA dans un délai d'un mois à compter de la date de la reconnaissance de dette.

Téléassistance

Prestations® réservées aux bénéficiaires® d'une formule 3 ou 4 d'une version® Profil MASTER.

IMA organise et prend charge la mise en place d'un service de téléassistance® au domicile® du bénéficiaire®, comprenant les frais d'accès et la maintenance d'un transmetteur de téléalarme au domicile®, pour une durée maximale de 90 jours. Les frais d'accès au service comprennent :

- L'évaluation de la situation et de l'urgence par un conseiller spécialisé.
- Si nécessité d'une intervention à domicile®, l'avertissement du réseau de proximité.
- Si besoin, le transfert de l'appel au plateau médical et l'appel des services d'urgence.

Au-delà de la prise en charge d'IMA, l'aidant® ou l'aidé® peut demander la prolongation du service pour une durée de son choix. Le montant de la prestation reste dès lors à la charge de l'aidant® ou l'aidé®.

Cette garantie doit être exécutée dans le mois suivant l'événement.

Garanties en cas de besoin de répit de l'aidant médicalement justifié

En cas de besoin de répit de l'aidant, dûment justifié par un certificat médical et moyennant un délai de prévenance de 7 jours, IMA organise et prend en charge les garanties ci-dessous.

Ces garanties sont mises en œuvre dans la limite d'un évènement par an.

Auxiliaire de vie ou aide à domicile

Prestations réservées aux bénéficiaires d'une formule 3 ou 4 d'une version Profil MASTER.

- La venue d'une auxiliaire de vie pour la garde de jour de l'aidé (entre 8h et 20h hors week-end et jours fériés) à raison de 40 heures prises sur une semaine ou fractionnable en 5 fois 8 heures.
- Ou la venue d'une aide à domicile à raison de 40 heures. Ces heures peuvent être demandées au fur et à mesure des besoins dans la limite de 5 appels téléphoniques à IMA. La planification des heures déjà accordée par IMA, ne pourra être modifiée lors des appels ultérieurs.

Les deux garanties ne sont pas cumulatives.

Venue d'un proche ou transfert chez un proche

Prestations réservées aux bénéficiaires d'une formule 3 ou 4 d'une version Profil MASTER.

IMA organise :

- Le transport aller/retour en train ou en avion d'un proche en France métropolitaine.
- Ou le transport non médicalisé de l'aidé chez un proche en France métropolitaine.

Les deux garanties ne sont pas cumulatives et sont prises en charge dans la limite de 200 € l'aller/retour.

Services de proximité

Livraison de médicaments

Prestations réservées aux bénéficiaires d'une formule 3 ou 4 d'une version Profil MASTER.

Lorsque ni l'aidant ni son entourage ne sont en mesure de rechercher les médicaments prescrits par le médecin traitant pour l'aidé, IMA se charge de les rechercher à la pharmacie la plus proche de son domicile et de les livrer.

Cette garantie est limitée à 2 livraisons.

Le prix des médicaments demeure à la charge de l'aidant.

Portage de repas

Prestations réservées aux bénéficiaires d'une formule 3 ou 4 d'une version Profil MASTER.

IMA organise et prend en charge 2 livraisons d'un pack de 5 à 7 jours de repas réparties sur 12 mois suivant l'évènement.

Notre solution de portage de repas permet, lors de la commande, de trouver une écoute pour aider à composer les repas en fonction des choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en sodium, hypocalorique). Il sera proposé un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons.

Le prix des repas demeure à la charge de l'aidant ou de l'aidé. Sont considérés comme repas le déjeuner et le dîner. Le petit-déjeuner est exclu de la garantie.

Livraison de courses

Prestations réservées aux bénéficiaires d'une formule 3 ou 4 d'une version Profil MASTER.

IMA prend en charge les frais de 2 livraisons.

Les frais de livraison seront remboursés à l'aidant ou l'aidé sur présentation d'un justificatif. Lorsque les disponibilités locales ne permettent pas le service de livraison à domicile, IMA organise et prend en charge la livraison par taxi. Le prix des courses demeure à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

Coiffure à domicile

Prestations réservées aux bénéficiaires d'une formule 3 ou 4 d'une version Profil MASTER.

Lorsque l'aidé a besoin de soin de coiffure, IMA organise et prend en charge 2 déplacements d'un coiffeur.

Le prix de la prestation du coiffeur demeure à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

Portage d'espèces

Prestations réservées aux bénéficiaires d'une formule 3 ou 4 d'une version Profil MASTER.

Lorsque l'aidé ne dispose plus d'espèces et ne peut s'en procurer, IMA organise et prend en charge :

- 2 transports aller/retour dans un établissement bancaire proche du domicile.
- Ou 2 portages d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires, pour un montant maximum de 150 €. La somme avancée devra être remboursée à IMA dans un délai d'un mois à compter de la date de la reconnaissance de dette de l'aidé.

7.6. LES EXCLUSIONS DES GARANTIES D'ASSISTANCE

Pour quoi n'êtes-vous pas couvert ?

⚠ Ce que les garanties ne couvrent pas :

Infraction
IMA ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où l'assuré aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

Force majeure
IMA ne sera pas tenu responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que pandémie, épidémie, guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

Fausse déclaration
En cas de déclaration mensongère de l'assuré ou de non-remboursement d'une avance de frais, IMA se réserve le droit de réclamer à l'assuré le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ce comportement.

Comportement abusif
Lorsque le comportement d'un assuré sera jugé abusif par IMA, les faits incriminés seront portés à la connaissance de BPCE Assurances IARD.

IMA réclamera, s'il y a lieu, le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ce comportement.

Refus de l'assuré
Si l'assuré refuse les garanties proposées par IMA, l'assuré organise dans ce cas librement et sous son entière responsabilité les actions qu'il juge les plus adaptées à son état, IMA étant dégagée de toute obligation. En aucun cas, IMA ne peut être tenue au paiement des frais engagés par l'assuré.

8 • LES MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Consultez votre sommaire p.3 > Retrouvez vos définitions p.8 >

ATTENTION : Afin d'être bien remboursé, pensez à respecter le parcours de soins coordonnés et à effectuer les démarches préalables éventuelles.

EXEMPLE :

- Avant de consulter pour la première fois un cardiologue, rendez-vous chez votre médecin traitant.
- Réalisez un devis auprès d'un chirurgien-dentiste et transmettez-le-nous avant la réalisation de vos soins dentaires.

Retrouvez le détail des démarches à effectuer selon les situations dans la partie 4.1 En cas de dépenses de santé à venir ou déjà réalisées.

8.1 LE FONCTIONNEMENT DU REMBOURSEMENT

Quelles sont les dépenses de santé prises en charge par votre complémentaire santé ?

Pendant la période de garantie, nous remboursons tout ou partie des dépenses de santé non prises en charge par votre régime obligatoire en cas de maladie, d'accident et de maternité, dans les limites prévues au tableau des garanties selon le niveau choisi.

À savoir

Pour connaître le détail de votre tableau des garanties, reportez-vous à votre Certificat d'Adhésion.

Pour les dépenses remboursées par votre régime obligatoire

En complément de votre régime obligatoire, nous remboursons selon votre version et votre formule :

- Le ticket modérateur. Il correspond à la partie de la base de remboursement que votre régime obligatoire ne prend pas en charge.
- Les dépassements d'honoraires. Ils correspondent aux frais de santé supérieurs à la base de remboursement et non pris en charge par votre régime obligatoire.
  EXEMPLE : Il peut s'agir d'une partie des honoraires d'un médecin spécialiste comme un cardiologue.

Retrouvez le détail des dépenses prises en charge dans la partie 1. Bien comprendre votre complémentaire santé.

Pour les dépenses non remboursées par votre régime obligatoire

Nous pouvons rembourser partiellement ou intégralement, selon votre version et votre formule, des dépenses non remboursées par votre régime obligatoire.

EXEMPLE : Le forfait journalier en cas d'hospitalisation ou certaines prestations de soins comme l'ostéopathie ou l'acupuncture.

Quels sont les montants de vos remboursements ?

Pour une garantie, le montant maximum remboursé, qui figure au tableau des garanties, est exprimé :

Soit en montant (forfait) par assuré. Ce montant comprend le remboursement versé par votre régime obligatoire, sauf pour les frais d'optique.

Ces exemples vous sont donnés pour mieux expliquer le calcul des remboursements. Ils sont fonction de la base de remboursement de votre régime obligatoire. Si votre régime obligatoire venait à modifier cette base de remboursement ou ses modalités d'intervention, le remboursement de votre contrat serait lui aussi amené à évoluer. Les hypothèses retenues pour la construction des exemples sont les suivantes : patient adulte relevant du régime général, sans exonération du ticket modérateur, respectant le parcours de soins coordonnés, en France métropolitaine, pour des soins réalisés à partir du 1er janvier 2024.

EXEMPLE :

- **Le dentiste vous pose une couronne céramo-métallique sur une molaire**
  Vous dépensez 554 € chez votre chirurgien-dentiste.
  Vous possédez une version Profil MASTER, nous vous remboursons donc selon votre formule :

	F1	F2	F3	F4
Base de remboursement de votre régime obligatoire	120 €			
Taux de remboursement	60 %			
Montant de remboursement de votre régime obligatoire	120 € * 60 % = **72 €**			
Montant de remboursement de votre complémentaire santé	Forfait max. de 150 € / acte. Soit 150 € - 72 € = **78 €**	Forfait max. de 270 € / acte. Soit 270 € - 72 € = **198 €**	Forfait max. de 400 € / acte. Soit 400 € - 72 € = **328 €**	Forfait max. de 550 € / acte. Soit 550 € - 72 € = **478 €**
Votre reste à charge	404 €	284 €	154 €	4 €

• **Vous achetez une paire de lunettes (verres simples et monture) qui ne rentre pas dans le cadre d'un équipement « 100% Santé »**
Vous dépensez 356 € chez votre opticien, 142 € pour la monture et 107 € / verre.
Vous possédez une version Profil SOLO, nous vous remboursons donc selon votre formule :

	F1	F2	F3	F4
Base de remboursement de votre régime obligatoire	0,05 € par élément = 0,15 €			
Taux de remboursement	60 %			
Montant de remboursement de votre régime obligatoire	0,15 € * 60% = **0,09 €**			
Montant de remboursement de votre complémentaire santé **sans bonus fidélité**	100% BR pour la monture et les verres. Soit 0,15 € - 0,09 € = **0,06 €**	100% BR pour la monture et 25 € / verre. Soit 0,06 € + 25 €*2 = **50,06 €**	Forfait max. de 70 € pour la monture et 40 € / verre. Soit 0,06 € + 70 € + 40 €*2 = **150,06 €**	Forfait max. de 90 € pour la monture et 50 € / verre. Soit 0,06 € + 90 € + 50 €*2 = **190,06 €**
Montant de remboursement de votre complémentaire santé **avec bonus fidélité**	Pas de bonus fidélité	100% BR pour la monture et 50 € / verre. Soit 0,06 € + 50 €*2 = **100,06 €**	Forfait max. de 70 € pour la monture et 70 € / verre. Soit 0,06 € + 70 € + 70 €*2 = **210,06 €**	Forfait max. de 90 € pour la monture et 80 € / verre. Soit 0,06 € + 90 € + 80 €*2 = **250,06 €**
Votre reste à charge **sans bonus fidélité**	355,85 €	305,85 €	205,85 €	165,85 €
Votre reste à charge **avec bonus fidélité**	Pas de bonus fidélité	255,85 €	145,85 €	105,85 €

Selon les règles du contrat responsable, la prise en charge des montures au sein de l'équipement optique est limitée à 100 €. Ce montant maximal comprend alors la base de remboursement de la monture.

À savoir

Les forfaits sont accordés par assuré. Ils sont renouvelables, selon la garantie, tous les quatre ans, tous les deux ans, tous les ans ou tous les semestres. Ils sont calculés à partir de la date d'effet du contrat ou à partir de la dernière facturation de l'équipement optique ou auditif ayant fait l'objet d'une prise en charge par le régime obligatoire.
Les forfaits annuels ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Tout forfait non utilisé sur une année ne donnera lieu à aucun report sur l'année suivante.

Soit en pourcentage de la base de remboursement de votre régime obligatoire. Ce taux inclut le remboursement de votre régime obligatoire.

Ces exemples vous sont donnés pour mieux expliquer le calcul des remboursements. Ils sont fonction de la base de remboursement de votre régime obligatoire. Si votre régime obligatoire venait à modifier cette base de remboursement ou ses modalités d'intervention, le remboursement de votre contrat serait lui aussi amené à évoluer. Les hypothèses retenues pour la construction des exemples sont les suivantes : patient adulte relevant du régime général, sans exonération du ticket modérateur, respectant le parcours de soins coordonnés, en France métropolitaine, pour des soins réalisés à partir du 1er janvier 2024.

EXEMPLE :

• **Vous consultez un radiologue adhérent à l'OPTAM/OPTAM-CO**
Vous payez 55 € pour la réalisation d'une radiographie du poignet.
Vous possédez une version Profil FAMILLE, nous vous remboursons donc selon votre formule :

	F1	F2	F3	F4
Base de remboursement de votre régime obligatoire	27,50 €			
Taux de remboursement	70 %			
Montant de remboursement de votre régime obligatoire	27,50 € * 70% = **19,25 € - 1 € de participation forfaitaire**			
Montant de remboursement de votre complémentaire santé	100% BR Soit 27,50 € - 19,25 € = **8,25 €**	100% BR Soit 27,50 € - 19,25 € = **8,25 €**	170% BR Soit 46,75 € - 19,25 € = **27,50 €**	220% BR Soit 60,50 € - 19,25 € = **41,25 €**
Votre reste à charge	28,50 € (dont 1€ de participation forfaitaire)	28,50 € (dont 1€ de participation forfaitaire)	9,25 € (dont 1€ de participation forfaitaire)	1 € de participation forfaitaire

• **Vous vous équipez d'une audioprothèse, qui ne rentre pas dans le cadre d'un équipement « 100% Santé », pour l'oreille gauche**
Vous payez 1 565 € chez l'audioprothésiste.
Vous possédez une version Profil MASTER, nous vous remboursons donc selon votre formule :

	F1	F2	F3	F4
Base de remboursement de votre régime obligatoire	400 €			
Taux de remboursement	60 %			
Montant de remboursement de votre régime obligatoire	400 € * 60% = **240 €**			
Montant de remboursement de votre complémentaire santé	100% BR Soit 400 € - 240 € = **160 €**	100% BR + 250 € max. Soit 400 € - 240 € + 250 € = **410 €**	100% BR + 400 € max. Soit 400 € - 240 € + 400 € = **560 €**	100% BR + 600 € max. Soit 400 € - 240 € + 600 € = **760 €**
Votre reste à charge	1 165 €	915 €	765 €	565 €

Les remboursements sont effectués en euros.

Le cumul des remboursements obtenus ne peut excéder la dépense réelle ou le plafond de dépense applicable aux contrats responsables et solidaires (cf. 1.3).

Plafonds : Les remboursements sont plafonnés selon le niveau de garantie choisi (**conformément au tableau des garanties**) et sous déduction, s'il y a lieu, des prestations d'autres organismes de complémentaire santé.

8.2 LES DÉLAIS DE REMBOURSEMENT

Nous nous engageons à traiter vos demandes de remboursement en 48h dès réception de votre dossier complet (voir partie 4.1 En cas de dépenses de santé à venir ou déjà réalisées). Nous vous adressons, dans le mois suivant la réception de votre demande de remboursement, un relevé de prestations récapitulatif détaillant vos remboursements traités. En cas de remboursement supérieur à 80 €, le relevé de prestations sera envoyé dès que le traitement sera effectué. Afin de procéder à vos remboursements, vous devez nous faire parvenir tous les justificatifs des frais engagés.

8.3 LA DISPENSE D'AVANCE DE FRAIS AVEC LE TIERS-PAYANT

Nous avons mis en œuvre un dispositif pour vous permettre d'éviter d'avoir à avancer tout ou partie des remboursements auxquels vous avez droit au titre de votre contrat.

Ce service vous sera accordé par les professionnels de santé sur présentation de votre carte de tiers-payant (carte de complémentaire santé). La dispense d'avance de frais sera réalisée en fonction du niveau de remboursement choisi et des accords que nous avons établis. Le tiers-payant sera ainsi acquis pour les frais engagés auprès des professionnels de santé acceptant ce service.

EXEMPLE : Vous achetez des médicaments prescrits par votre médecin et remboursés par votre régime obligatoire. Vous présentez à votre pharmacien votre carte vitale et votre carte de tiers-payant (carte de complémentaire santé). Cela permet à votre pharmacien de télétransmettre directement votre dossier et vous n'avancez pas les frais. Le pharmacien sera directement remboursé par votre complémentaire santé.

8.4 L'EXPERTISE MÉDICALE

Dans le cadre du versement des prestations, nous nous laissons la possibilité de vous faire procéder à un examen médical. Lors de cet examen, vous avez la possibilité de vous faire assister du médecin de votre choix. Si le résultat de l'examen médical effectué est contesté par votre médecin traitant, il est fait appel à un troisième praticien pour arbitrer. À défaut d'entente sur la désignation de ce dernier, le choix sera fait, à la diligence de BPCE Assurances IARD, par le Président de l'Ordre Départemental des Médecins dans le ressort duquel se trouve votre domicile, parmi la liste des médecins experts agréés auprès de la Cour d'appel du même ressort. Chaque partie supporte les honoraires de son médecin. Ceux du tiers arbitre, ainsi que les frais que comporte l'exercice de sa mission, sont supportés par les deux parties à parts égales.

Si vous refusez ce contrôle médical, les garanties et les prestations sont suspendues après l'envoi d'une mise en demeure.

Si les conclusions du contrôle médical conduisent à une remise en cause de l'attribution des prestations, leur versement cessera dès notification à l'intéressé par lettre recommandée avec avis de réception. Les sommes indûment versées devront nous être restituées.

8.5 LA SUBROGATION

Conformément à l'article L. 121-12 du Code des assurances, BPCE Assurances IARD et IMA sont subrogés dans les droits de l'assuré contre le tiers responsable, à concurrence des prestations et indemnités versées, que la responsabilité du tiers soit entière ou partagée. Dès le paiement de l'indemnité, vos droits et actions nous sont transmis, c'est-à-dire que nous agissons à votre place et pouvons intenter un recours (une demande de remboursement), contre le(s) tiers responsable(s) des dommages. Cette subrogation est limitée au montant de l'indemnité que nous avons versée.

Si la subrogation ne peut plus s'opérer de votre fait alors qu'elle aurait pu être exercée, nous sommes déchargés de toute obligation à votre égard. Aucune transaction faite sans notre accord ne peut nous engager.

EXEMPLE : Si vous êtes victime d'un accident de la route causé par un tiers responsable pour lequel vous avez été intégralement indemnisé par nos services, nous engagerons des poursuites à l'encontre de cette tierce personne.

9 • LE CADRE RÉGLEMENTAIRE DE VOTRE CONTRAT

Consultez votre sommaire p.3 > Retrouvez vos définitions p.8 >

Le contrat complémentaire santé ASSUR-BP Santé n° MD50048 est un contrat collectif à adhésion facultative souscrit par BPCE, Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 188 932 730 euros dont le siège social est situé au 7, promenade Germaine Sablon - 75013 Paris, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés sous le numéro 493 455 042, intermédiaire en assurances, immatriculée à l'ORIAS sous le numéro 08 045 100. (www.orias.fr), auprès de BPCE Assurances IARD, Société Anonyme au capital de 61 996 212 Euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le numéro 350 663 860, entreprise régie par le Code des assurances ayant son siège social au 7, promenade Germaine Sablon - 75013 Paris.

9.1 LES SPÉCIFICITÉS D'UN CONTRAT RESPONSABLE

Le contrat complémentaire santé ASSUR-BP Santé est dit « Responsable et Solidaire ». Il respecte les principes édictés par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et la Loi n° 2018-1203 du 23 décembre 2018 de financement de la Sécurité sociale pour 2019 ainsi que le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires.

La loi qualifie une couverture complémentaire santé de « solidaire » lorsque l'organisme complémentaire d'Assurance Maladie ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé de l'individu couvert et, pour les adhésions ou souscriptions individuelles, ne recueille aucune information médicale préalable.

La loi qualifie une couverture complémentaire santé de « responsable » lorsqu'elle rembourse :

- Le ticket modérateur, selon le respect du parcours de soins coordonnés, des soins et biens remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire (hormis quelques exceptions).
- Le forfait journalier hospitalier.
- Un niveau de garanties minimum correspondant au panier de soins « 100% Santé » pour une sélection labellisée de lunettes, de prothèses dentaires et de certaines aides auditives, dans la limite des tarifs maximums prévus dans le cadre du « 100% Santé ».

Elle peut prendre en charge, de façon encadrée, les dépassements d'honoraires médicaux avec un remboursement maximum pour les médecins non-adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (l'OPTAM ou l'OPTAM-CO).

En revanche, elle ne doit pas rembourser :

- Les majorations du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires liés au non-respect du parcours de soins.
- La participation forfaitaire de 1€ applicable aux consultations et à certains examens médicaux.
- Les franchises médicales applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport (exemple : 0,50€ par boîte de médicament).

Une couverture complémentaire santé responsable doit respecter les délais de renouvellement des équipements : deux ans pour les lunettes et quatre ans pour les aides auditives, sauf cas dérogatoires.
Une couverture complémentaire santé responsable prend en charge tous les actes de prévention considérés comme prioritaires par le ministère de la Santé pour lesquels un ticket modérateur est appliqué.

Votre contrat complémentaire santé « ASSUR-BP Santé » répond aux critères du contrat « responsable et solidaire ».

9.2 LES MODALITÉS ET LE DÉLAI DE RENONCIATION

Conformément à l'article L. 112-2-1 du Code des assurances, toute personne physique ayant conclu à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité professionnelle un contrat à distance dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Conformément à l'article L. 112-9 du même Code, cette faculté de renonciation peut également être exercée par toute personne physique faisant l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle.

Pour ce faire, vous devez envoyer une lettre recommandée postale ou électronique avec avis de réception à Banque Populaire Santé - Centre de Gestion - TSA 80004 - 79060 NIORT Cedex 9, selon le modèle proposé ci-dessous.

Modèle :
Je soussigné(e) (nom et prénom), né(e) le _____, demeurant _____ déclare renoncer expressément à l'adhésion au contrat d'assurance ASSUR-BP Santé n° d'adhésion _____ auquel j'ai adhéré en date du _____ auprès de _____, et demande le remboursement des sommes versées.
Fait à : _____, le _____.

Signature :

Précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé ».

Les sommes versées à la souscription/adhésion seront alors intégralement restituées dans un délai de 30 jours à compter de la réception de cette lettre.

Conformément à la législation en vigueur, le droit de renonciation ne s'applique pas en cas de mise en œuvre du contrat (versement d'une prestation), à la demande expresse de l'assuré, pendant le délai légal de renonciation.

9.3 LE DÉLAI POUR ENGAGER UNE ACTION ET LA PRESCRIPTION

Conformément à l'article L. 114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont **prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.** Toutefois, ce délai ne court :

1. En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

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

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

Conformément à l'article L. 114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription, c'est-à-dire par une citation en justice, un commandement, une saisie, un acte d'exécution forcée ou par la reconnaissance de la part de l'assureur d'un droit à garantie.

La prescription peut également être interrompue par une cause d'interruption de prescription propre au droit des assurances c'est-à-dire par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre, l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

9.4 LA LOI DU CONTRAT

Les parties choisissent d'un commun accord d'utiliser la langue française durant leurs relations précontractuelles et contractuelles et de rédiger les présentes dispositions contractuelles en langue française.

La loi applicable à la présente convention est la loi française. Les tribunaux compétents sont les tribunaux français.

9.5 L'AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Les sociétés d'assurances sont soumises à l'**Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.**

9.6 LA SOUSCRIPTION EN LIGNE DE PRODUITS D'ASSURANCE

Pour souscrire aux produits d'assurance via le service de banque en ligne, vous acceptez et reconnaissez que l'utilisation de la signature via le double-clic et l'utilisation de vos codes d'accès valent consentement à la conclusion du présent contrat d'assurance.
Les conditions d'utilisation du service de banque en ligne sont régies par les Conditions Générales de votre convention de compte de dépôt et services associés de votre banque.

9.7 VOS DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

BPCE Assurances IARD, le responsable du traitement, va recueillir certaines informations vous concernant par le biais de son réseau d'intermédiaires agissant au nom et pour le compte de BPCE Assurances IARD dans le cadre de cette collecte d'information.
Les informations vous expliquant pourquoi et comment BPCE Assurances IARD entend utiliser ces informations, combien de temps elles seront conservées ainsi que les droits dont vous disposez sur vos données sont disponibles dans la notice d'information relative aux traitements des données personnelles qui vous a été communiquée en annexe de vos conditions générales ou disponible en ligne (https://www.assurances.groupebpce.com/ntx-organization/bpce-assurances).
Délégué à la Protection de Données - Adresse postale : 7, Promenade Germaine Sablon, 75013 Paris - assur-nonvie-dpo@bpce.fr

ANNEXE

NOTICE D'INFORMATION : DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Consultez votre sommaire p.3 > Retrouvez vos définitions p.8 >

BPCE Assurances IARD, le Responsable de Traitement, à partir des renseignements qui sont demandés à ses clients par l'intermédiaire de ses préposés, mandataires ou distributeurs, des formulaires qui sont complétés par sa clientèle, ou des dispositifs automatisés de captation ou, plus généralement, de processus de collecte d'information sur sa clientèle, collecte et traite des informations identifiant des personnes physiques et pouvant concerner leur vie privée comme leur vie professionnelle (par exemple : le nom, la date de naissance, les coordonnées personnelles ou professionnelles, la situation familiale, la photographie, la profession etc.).

Ces informations sont ci-après dénommées **« Données à Caractère Personnel »** ou **« Données »**.

La protection des Données est essentielle pour construire, avec ses clients, une relation d'affaires de confiance.

Dans ce but, BPCE Assurances IARD veille en permanence au respect des règles légales[1] sur la protection des **Données à caractère Personnel** et entend assurer une gouvernance responsable de ses fichiers informatiques ainsi que la plus grande transparence sur les traitements de **Données** qu'elle opère.

BPCE Assurances IARD est une filiale du groupe BPCE, qui a désigné pour l'ensemble du Groupe un **Délégué à la Protection des Données Personnelles (ou DPO)**. Ce dernier veille à ce que les traitements des Données à caractère personnel mis en œuvre par BPCE Assurances IARD respectent la réglementation applicable.

Cette notice d'information est destinée aux personnes physiques concernées par les traitements de Données opérés par BPCE Assurances IARD. Elle explique pourquoi BPCE Assurances IARD a besoin de collecter leurs Données, comment leurs Données seront utilisées et protégées, combien de temps elles seront conservées et les droits dont elles disposent.

QUI SONT LES PERSONNES DONT LES DONNÉES SONT COLLECTÉES ?

Les clients de BPCE Assurances IARD et leurs éventuels représentants légaux, mandataires, personnes de contacts, préposés ou bénéficiaires effectifs ainsi que les tiers impliqués dans les sinistres.

À QUELLES FINS LEURS DONNÉES SONT-ELLES COLLECTÉES ET UTILISÉES ?

Dans le cadre de sa prestation d'assurance avec sa clientèle, BPCE Assurances IARD a besoin de recueillir certaines **Données** la concernant et ce, pour les finalités suivantes :

- **Fournir à ses clients les produits d'assurance et services qu'ils ont souscrits ou souhaitent souscrire**

Il s'agit pour BPCE Assurances IARD de pouvoir exécuter un contrat d'assurance conclu ou à conclure.

La passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance nécessitent le recueil et le traitement des Données des clients. A défaut, BPCE Assurances IARD ne sera pas en mesure de conclure ou d'exécuter le contrat qui la lie à ses clients.

Pour connaître les **catégories de Données** traitées et leurs **sources** au regard des **finalités** de recueil des Données de ses clients, veuillez-vous reporter au tableau des traitements de données personnelles en annexe de ce document.

- **Répondre à ses obligations légales et réglementaires**

Afin de répondre à ses obligations en matière de prévention et de détection des fraudes, de traçabilité des transactions liées à des opérations d'assurances, de lutter contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme, BPCE Assurances IARD doit recueillir les Données de ses clients. A défaut, BPCE Assurances IARD ne sera pas en mesure de poursuivre sa relation d'affaires avec ses clients.

Pour connaître les **catégories de Données traitées** et leurs **sources**, et disposer du **détail des finalités** de recueil des Données de ses clients, veuillez-vous reporter au tableau des traitements de données personnelles en annexe de ce document.

- **L'Intérêt légitime de BPCE Assurances IARD à mettre en œuvre le traitement**

BPCE Assurances IARD peut invoquer son « intérêt légitime » à traiter les Données de ses clients en particulier lorsqu'elle se trouve face à des situations qui peuvent présenter des risques pour son activité.

Les traitements basés sur l'« intérêt légitime » permettent à BPCE Assurances IARD d'assurer la sécurité du réseau informatique et des Données, de contrôler l'accès à ses locaux mais également d'améliorer la gestion de sa relation client, ses produits et ses services, ses activités de prospection, son profilage marketing, incluant la combinaison de Données à des fins d'analyses ou d'anonymisation, et enfin pour ses activités d'audit et d'inspection.

Ces traitements sont mis en œuvre en prenant en compte les intérêts et les droits fondamentaux de ses clients.

BPCE Assurances IARD peut évaluer les risques liés aux demandes de souscription sur la base d'un processus de prise de décision automatisée, incluant une intervention humaine, aboutissant à une décision d'octroi d'un contrat d'assurance ou non. **Les clients ont le droit de présenter leurs observations et de contester la décision prise à l'issue de ce processus.**

Pour connaître les **catégories de Données traitées** et leurs **sources**, et disposer du **détail des finalités** de recueil des Données de ses clients, veuillez-vous reporter au tableau des traitements de données personnelles en annexe de ce document.

- **Finalités soumises au consentement de ses clients**

BPCE Assurances IARD entend soumettre certains traitements de Données de ses clients au recueil du consentement de ces derniers. Dans ces cas, ils seront sollicités pour consentir, de manière spécifique, à la collecte et au traitement de leurs Données pour des finalités explicites.

(1) Le Règlement général sur la protection des Données 2016/679 du 27 avril 2016 et la loi Informatique et libertés 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée.

Par exemple, toute prospection commerciale sera soumise à leur consentement préalable s'ils ne sont pas clients de BPCE Assurances IARD, ou s'ils sont clients de BPCE Assurances IARD mais que la prospection porte sur des produits qui ne sont pas analogues à ceux qu'ils ont déjà acquis. Le transfert des Données des clients de BPCE Assurances IARD vers des partenaires tiers sera également soumis à leur consentement préalable.

Pour connaître les **catégories de Données traitées** et leurs **sources**, et disposer du **détail des finalités** de recueil des Données de ses clients, veuillez-vous reporter au tableau des traitements de données personnelles en annexe de ce document.

• Cookies et autres traceurs

On entend par Cookies ou autres traceurs, les traceurs déposés et lus par exemple lors de la consultation d'un site internet, de la lecture d'un courrier électronique, de l'installation ou de l'utilisation d'un logiciel ou d'une application mobile.

Lors des visites des clients sur le site internet de BPCE Assurances IARD, des cookies et des traceurs peuvent être installés sur leurs équipements (ordinateurs, smartphones, tablettes numériques, etc.).

La politique de cookies que nous mettons en œuvre est disponible sur les sites concernés.

QUI A ACCÈS AUX DONNÉES DES CLIENTS ?

BPCE Assurances IARD prend toutes les mesures nécessaires pour garantir la sécurité des Données qu'elle a collectées mais aussi leur confidentialité, c'est-à-dire s'assurer que seules les personnes autorisées y accèdent.

Seules les personnes habilitées en raison de leurs activités au sein des services compétents de BPCE Assurances IARD, en charge des traitements correspondants, ont accès aux Données des clients dans la limite de leurs habilitations.

De même, les prestataires ou partenaires de BPCE Assurances IARD peuvent avoir accès aux Données des clients de cette dernière en tant que de besoin et de manière sécurisée dans le cadre de l'exécution de sa prestation d'assurance.

A ce titre, BPCE Assurances IARD peut être amené à communiquer certaines des données à caractère personnel de ses clients aux entités suivantes au sein du Groupe BPCE :

- BPCE S.A. agissant en qualité d'organe central du Groupe BPCE, afin qu'il puisse satisfaire aux différentes missions qui lui sont dévolues par la loi, au bénéfice du Groupe, notamment en matière de déclarations prudentielles auprès de toute autorité de régulation compétente, ou aux fins de gestion de la gouvernance des données pour le compte des établissements du Groupe BPCE. La gouvernance des données désigne l'organisation et les procédures mises en place pour encadrer les pratiques de collecte et d'utilisation des données au sein du Groupe BPCE, et optimiser l'efficacité de l'usage de ces données dans le respect du cadre juridique et déontologique.

- Toute entité du Groupe BPCE, en vue de :
  - la présentation des produits ou services gérés par ces entités,
  - l'étude ou l'élaboration de tous types de contrats ou d'opérations,
  - en cas d'entrée en relation contractuelle avec ladite entité, l'actualisation des données relatives à l'état civil, la situation familiale, patrimoniale et financière, le statut fiscal, l'utilisation des produits et/ou services souscrits ou leur recouvrement.

- Toute entité, prestataire du Groupe BPCE, en cas de mise en commun de moyens techniques, notamment informatiques pour le compte du Groupe. À cet effet, les données personnelles concernant les clients de BPCE Assurances IARD pourront être pseudonymisées ou anonymisées à des fins de recherches et de création de modèles statistiques.
  La pseudonymisation signifie que les données en question ne pourront plus être reliées à la personne sans avoir recours à des informations complémentaires, conservées séparément et soumises à des mesures techniques et organisationnelles destinées à garantir que les données initiales ne peuvent plus être attribuées à une personne physique identifiée ou identifiable.

Certaines autorités se verront également communiquer les Données des clients de BPCE Assurances IARD, conformément à la loi et la réglementation applicables. Dans l'éventualité où certains de ces destinataires se situeraient en dehors de l'Union européenne ces derniers devront posséder une protection suffisante au regard de leurs législations locales ou de leurs engagements contractuels en matière de traitement des données personnelles. Dans cette hypothèse, la liste de ces destinataires, leur pays et l'encadrement du partage hors Union européenne des Données sera, le cas échéant, disponible en annexe de ce document.

COMBIEN DE TEMPS SONT CONSERVÉES LES DONNÉES DES CLIENTS ?

Une fois les finalités de traitement des Données atteintes, et en tenant compte des éventuelles obligations à conserver certaines Données, BPCE Assurances IARD ne conserve plus les Données de ses clients.

La durée de conservation est variable et dépend de la nature des Données et des finalités poursuivies par le traitement.
Pour connaître les durées de conservation des Données de ses clients, veuillez-vous reporter au tableau en annexe de ce document.

QUELS SONT LES DROITS DES CLIENTS SUR LEURS DONNÉES ?

Dans les limites et conditions autorisées par la réglementation en vigueur, les clients disposent des droits suivants :

- **Accéder** à l'ensemble de leurs Données : ils peuvent obtenir des informations relatives au traitement de leurs Données ainsi qu'une copie de celles-ci ;
- **Rectifier, mettre à jour leurs Données** : s'ils considèrent que leurs Données sont inexactes ou incomplètes, ils ont le droit d'obtenir que leurs Données soient modifiées en conséquence ;
- **Effacer leurs Données** : ils peuvent demander la suppression de leurs Données ;
- Demander une **limitation des traitements** opérés par BPCE Assurances IARD relatifs à leurs Données ;
- Demander la **portabilité** de leurs Données : ils ont le droit de demander à récupérer les Données qu'ils ont fournies à BPCE Assurances IARD ou à ce qu'elles soient transmises à un tiers si cela est techniquement possible ;
- **Retirer leur consentement** à tout moment pour les traitements de leurs Données soumis à leur consentement ;
- **S'opposer** au traitement de leurs Données : ils peuvent, pour des motifs légitimes liés à leur situation particulière, s'opposer au traitement de leurs Données mais également s'opposer, à tout moment, au traitement de leurs Données à des fins de prospection, ce qui inclut les traitements de profilage liés à cette prospection ;
- Introduire une **réclamation** auprès d'une autorité de contrôle **(en France, la CNIL : www.cnil.fr)**.

En outre, ils ont la possibilité de communiquer à BPCE Assurances IARD des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs Données après leurs décès, lesquelles directives peuvent être enregistrées également auprès « d'un tiers de confiance numérique certifié ». Lesdites directives, ou sorte de « testament numérique », peuvent désigner une personne chargée de leur exécution ; à défaut, leurs héritiers seront désignés.

COMMENT LES CLIENTS PEUVENT-ILS EXERCER LEURS DROITS ?

Pour exercer leurs droits, ils doivent contacter le **Délégué à la Protection Des Données** par courrier électronique ou postal en indiquant, nom, prénom, coordonnées de contact et en fournissant une copie de leur pièce d'identité.

Délégué à la Protection Des Données	
Adresse postale	Courriel
BPCE ASSURANCES IARD, 7, promenade Germaine Sablon - 75013 Paris	assur-nonvie-dpo@bpce.fr

Dans le contexte actuel de l'épidémie de Covid-19 qui sévit en France, il est fortement recommandé de privilégier le canal de communication courriel pour toute demande d'exercice de droit, dans la mesure où BPCE Assurances IARD ne peut temporairement garantir la prise en compte des courriers en raison des mesures de confinement.

• Pour les communications électroniques à des fins de prospection

Les clients de BPCE Assurances IARD peuvent également choisir, à partir de leur compte en ligne, les types de communications électroniques qu'ils souhaitent recevoir ou non, et se désinscrire, de façon définitive ou temporaire, de chaque catégorie ou de l'ensemble des communications.

Un lien de désinscription (pour les courriels) ou un numéro de désabonnement (pour les SMS/MMS) figure par ailleurs sur chaque communication électronique que BPCE Assurances IARD leur envoie.

Ils peuvent, à tout moment, **porter réclamation devant l'autorité de contrôle compétente (en France, la CNIL : www.cnil.fr)** à savoir celle du pays de l'Espace Économique Européen dans lequel se trouve leur résidence habituelle, ou leur lieu de travail ou le lieu où la violation présumée de la réglementation aurait été commise.

ANNEXE : TABLEAU DES TRAITEMENTS DE DONNÉES PERSONNELLES

Finalité de traitement	Type(s) de données	Durée de conservation	Origine(s) des données	Destinataire(s) des données
Passation, gestion et exécution d'un contrat d'assurance	Données nécessaires à l'identification et aux coordonnées, relatives à la situation familiale et aux habitudes de vie, aux informations sur l'activité professionnelle, à la situation économique et financière, aux moyens de paiement, aux comportements et relatives aux données de santé permettant d'évaluer un sinistre.	Entre 5 et 20 ans à compter de la fin du contrat ou de la clôture du dernier sinistre, en fonction de vos garanties. En cas de dommages corporels résultant de la responsabilité civile, les données sont conservées jusqu'à la fin du délai de prescription.	La collecte des données peut s'effectuer directement lors des entretiens avec un conseiller, au moyen de formulaires papier ou électronique et de conversation téléphonique. La collecte des données peut également s'effectuer de manière indirecte en provenance de prestataires tiers ou fournisseurs, partenaires (y compris du groupe BPCE), sous-traitants si leurs politiques de protection des données personnelles le permettent ou si vous les avez autorisés à les partager. Nous pouvons également être amenés à collecter des données personnelles publiques vous concernant. Enfin, nous pouvons également collecter des données par l'intermédiaire de nos clients, si la personne concernée est par exemple membre de sa famille, co-contractant, tiers couvert ou responsable de l'exécution du contrat.	Les données sont transmises au sein du Groupe BPCE à : • BPCE S.A. agissant en qualité d'organe central du Groupe BPCE, afin qu'il puisse satisfaire aux différentes missions qui lui sont dévolues par la loi, au bénéfice du Groupe, notamment en matière de déclarations prudentielles auprès de toute autorité de régulation compétente, ou aux fins de gestion de la gouvernance des données pour le compte des établissements du Groupe BPCE ; • Toute entité du Groupe BPCE avec lesquelles vous êtes ou entrez en relation contractuelle aux fins d'actualisation des données collectées par ces entités ; • Toute entité du Groupe BPCE en vue de vous présenter des produits ou services gérés par ces entités ou pour l'étude ou l'élaboration de tous types de contrats ou d'opérations ; • Aux entités du Groupe BPCE en cas de mise en commun de moyens techniques, notamment informatiques ou de gestion de gouvernance des données. À cet effet, vos informations personnelles pourront être pseudonymisées ou anonymisées à des fins de recherches et de création de modèle statistique. Mais également à des tiers tels que : • Les prestataire du Groupe BPCE, en cas de mise en commun de moyens techniques, notamment informatiques pour le compte du Groupe ; • Les entreprises qui assurent le suivi ou la réparation de vos sinistres ; • Les prestataires ou sous-traitants auxquels BPCE Assurances IARD confie des fonctions opérationnelles, des services ou la réalisation d'enquêtes et de statistiques ; • Les autorités judiciaires, financières ou d'autres organismes gouvernementaux ; • Certaines professions réglementées, telles que les avocats, huissiers, notaires ou cabinets d'audit (internes ou externes) ; • Les entreprises qui assurent et garantissent les sinistres majeurs atteignant les clients.
Gestion des demandes et réclamations		2 ans à compter de la clôture de la réclamation.		
Enregistrement des conversations téléphoniques		10 jours à compter de l'enregistrement. Cependant, certains enregistrements peuvent être conservés 6 mois pour des raisons de sûreté de l'entreprise. En cas de Mise En Gestion Immédiate (souscription) et avenant baisse de gamme les enregistrements sont conservés 5 ans.		
Cookies		13 mois à compter du recueil du consentement.		
Lutte contre la fraude		5 ans maximum à compter de la clôture du dossier de fraude. Lorsqu'une procédure judiciaire est engagée, les données sont conservées jusqu'au terme de la procédure judiciaire.		
Gestion des flux financiers liés au contrat d'assurance		10 ans après le paiement.		
Veille, conception, développement et suivi de l'activité commerciale		2 ans et 3 mois à compter de la fin de votre contrat si vous êtes client ou à compter du dernier contact si vous n'êtes pas client.		
Évolution et maintenance des outils informatiques		3 ans à compter de l'enregistrement de l'incident.		
Études techniques et gestion des risques assuranciels		5 ans glissants à la date du jour.		

BPCE ASSURANCES IARD

BPCE ASSURANCES IARD, Société Anonyme au capital de 61 996 212 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris, N° SIREN 350 663 860, entreprise régie par le Code des assurances ayant son siège social au 7, promenade Germaine Sablon - 75013 Paris.

CONNECTEZ-VOUS À VOTRE ESPACE SANTÉ EN LIGNE

depuis le site Internet www.assurbpsante.fr pour suivre vos remboursements et retrouver les informations de votre contrat (coût de connexion selon votre opérateur).

APPELEZ LE 09 69 36 39 90 Service gratuit + prix appel

et laissez-vous guider par notre serveur vocal interactif pour contacter nos experts en cas de questions sur les prises en charge, vos remboursements et pour toute modification de contrat du lundi au vendredi de 9h à 18h ou pour bénéficier de l'assistance 24h/24 et 7j/7.

ACCESSIBILITÉ POUR LES PERSONNES MALENTENDANTES ET SOURDES

via le site de votre Banque Populaire ou banque affiliée et adossée. Pour les malentendants et sourds, en cas d'urgence ou en dehors des horaires du service, une assistance par SMS est possible au 07 55 53 20 12 (coût d'un SMS selon opérateur et abonnement mobile).

BPCE ASSURANCES IARD - 01/2024 - REF. BPCEA BP PART S211 - Crédit photos : iStock - EdEp : 11.2023.33300/1009.

BPCE Assurances IARD - Société Anonyme au capital de 61.996.212 Euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris, sous le numéro 350 663 860, entreprise régie par le Code des assurances ayant son siège social au 7, promenade Germaine Sablon 75013 Paris.

Entité du Groupe BPCE, titulaire de l'identifiant unique REP Papiers n° FR232581_03FWUB délivré par l'ADEME

BANQUE POPULAIRE

la réussite est en vous